

LE BOUTON ANASTOMOTIQUE

EN

CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE

SES INDICATIONS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. Paul DOHM

Né à Dombasle-sur-Meurthe, le 15 Juin 1911

Examineurs de la Thèse :	{	MM. BINET, professeur, <i>Président</i> , BARTHÉLEMY, professeur, MUTEL, agrégé, BODART, agrégé,	}	<i>Juges.</i>
--------------------------	---	---	---	---------------

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, Rue de Malzéville

1937

**Le bouton anastomotique
en chirurgie gastro-intestinale**

SES INDICATIONS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE BOUTON ANASTOMOTIQUE

EN

CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE

SES INDICATIONS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. Paul DOHM

Né à Dombasle-sur-Meurthe, le 15 Juin 1911

Examineurs de la Thèse : { MM. BINET, professeur, *Président*,
BARTHÉLEMY, professeur, } *Juges*.
MUTEL, agrégé,
BODART, agrégé, }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
40, Rue de Malzéville

1937

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$; WEISS, O $\star$, I $\odot$;

BOUIN, O $\star$, I $\odot$; ANCEL, $\star$, I $\odot$; GARNIER, $\star$, I $\odot$;

MAGÉ, $\star$, I $\odot$; P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$; DUFOUR, $\star$, I $\odot$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$.
Clin. des maladies syphil. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\odot$.
Clin. obstétricale et accouchements..	M. A. FRUHINSHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\odot$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\odot$, $\star$, A $\odot$.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie et parasitologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. SIMONIN, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. N...
Professeurs sans chaire	M. JOB, $\star$, I $\odot$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$.
	M. BINET, $\star$, I $\odot$.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses..	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\odot$, professeur.
Clinique gynécologique	M. DROUET, I $\odot$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\odot$, prof. sans chaire.
Clinique des maladies contagieuses..	M. GUILLEMIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique des Vieillards	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$, professeur.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I $\odot$, agrégé.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$, agr. libre.
Accouchements (Cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$, ch. du c., ag. lib.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\odot$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. KISSEL, I $\odot$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies mentales....	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\odot$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A $\odot$, agrégé.
Propédeutique O-R-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A $\odot$.	MM. POURSIDES (détaché).	MM. GUILLEMIN, A $\odot$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL $\star$, I $\odot$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\odot$.	DROUET, I $\odot$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\odot$.	KISSEL.
WOLFF. A $\odot$.		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. REMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$;
 BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$; LAMY, $\star$, I $\odot$;
 M. E. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Que son exemple
me serve toujours
de guide et de soutien.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

Bien faible témoignage
de ma reconnaissance.

A MA TANTE

A TOUS MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR MICHEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. BINET

Chargé du cours de Clinique Gynécologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUTEL

Chargé de cours d'Anatomie et de Médecine légale
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARTHÉLEMY

Chevalier de la Légion d'Honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

INTRODUCTION

Il y a quarante-sept ans, le bouton de Murphy, importé de Chicago, semblait devoir révolutionner la chirurgie gastro-intestinale.

Il peut sembler paradoxal, a priori, d'abandonner dans le tractus digestif, un corps étranger métallique; l'expérimentation et la pratique chirurgicale ont montré que cet instrument s'élimine spontanément ; depuis longtemps d'ingénieux inventeurs avaient recherché ce résultat avec plus ou moins de succès, et le mérite d'avoir résolu ce problème de façon satisfaisante revient au chirurgien de Chicago.

Depuis, des modifications de détail ont été introduites, en particulier par Villard et Jaboulay, mais le principe même de la méthode n'a pas changé et l'ingéniosité de Murphy a résolu, en principe du moins, de façon parfaite un problème technique depuis longtemps poursuivi, accélérant et simplifiant ainsi les entéro-anastomoses.

Dès la mise en pratique de la méthode, les chirurgiens se sont divisés en deux camps : les boutonnistes et les suturistes, et actuellement, grâce à l'habitude

manuelle, aux perfectionnements de l'exécution technique, il est certain que la suture en chirurgie gastro-intestinale a repris la supériorité des indications et des partisans.

Néanmoins le bouton de Murphy et ses dérivés doivent demeurer dans l'arsenal du chirurgien, qui les utilisera judicieusement, lorsque la rapidité de l'acte opératoire l'exigera, ou lorsque le bouton trouvera des indications opératoires bien précises, que nous envisagerons ultérieurement.

Notre but sera de réhabiliter l'anastomose au bouton ; ses adversaires en ont considérablement exagéré les inconvénients, que nous signalerons d'ailleurs en toute impartialité.

Après un exposé historique, nous décrirons rapidement les boutons actuellement utilisés et envisagerons de près leurs avantages et leurs inconvénients.

Enfin nous passerons en revue la chirurgie gastrique et la chirurgie intestinale, en précisant quelles peuvent être les indications de l'anastomose au bouton.

Nous donnerons quelques observations personnelles dues à l'obligeance de MM. les docteurs Guibal et Rousseaux, chirurgiens des hôpitaux, et de M. le docteur Bertrand, chef de clinique chirurgicale ; nous les remercions vivement du précieux concours qu'ils ont apporté à l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

« Dès le ^{xiii}e siècle, écrit M. Forgue dans son article : les devanciers du bouton de Murphy (*Æsculape*, mars 1927), nous voyons, en face de ce problème de la suture intestinale, ces audacieux empiriques qui ont été les précurseurs de notre art. Plusieurs raisons nous expliquent que cette question technique ait été abordée par eux avec une résolution et une ingéniosité qui nous frappent d'étonnement et d'admiration : c'est l'époque des grands coups d'estoc et de taille avec issue et lésions de l'intestin et les « maîtres myres » qui sont les chirurgiens d'armée de ce temps, ont, de bonne heure, appris à recoudre les plaies intestinales avec la « couture du pelletier » (*sutura pellionum*) ; d'autre part, les opérateurs ambulants qui vont de ville en ville, pratiquant la cure opératoire de la hernie, ne reculent pas devant le traitement de la gangrène herniaire et n'hésitent point à retrancher toute la partie mortifiée de l'intestin ».

Roger de Parme et Roland réalisent les premières sutures, avec une aiguille fine et un brin de soie, s'aidant d'un plan résistant constitué par une canule de

sureau. C'est bien là, aussi loin que nous nous reportions dans le passé, la première réalisation de cette idée : introduire dans l'intestin des cylindres creux destinés à être digérés ou éliminés, une fois la suture viscérale obtenue. La suture des Quatre Maîtres se fait, un peu plus tard, sur une trachée d'animal.

En vérité, ces essais ne se rattachent à l'histoire du bouton anastomatique que par ce point technique : l'introduction intra-intestinale d'un support cylindrique temporaire.

Différents opérateurs font alors varier la nature de la canule employée ; ils utiliseront successivement une carte à jouer roulée vernissée à l'essence de thé-rébenthine, un cylindre d'ichtyocolle (Watson 1790).

En 1826, Jobert et Lembert émettent le principe de l'adossement des séreuses qui constitue un progrès capital. Partant de ce principe, Denans présente la même année son instrumentation d'entéro-synthèse circulaire à la Société royale de médecine de Marseille. Son appareil, comportant trois anneaux métalliques ingénieusement assemblés, compte six succès sur huit interventions chez le chien. Il n'eut qu'une application humaine ; elle s'est mal terminée, mais l'autopsie montra la parfaite cicatrisation des deux bouts.

L'appareil de Denans fut, à proprement parler, le premier bouton anastomotique.

En 1869, Bonnier le modifie, mais en reste à la phase expérimentale.

En 1883 Hobenhausen réalise l'adossement des séreuses sur un cylindre résorbable en mie de pain.

L'année suivante, Neuber emploie un cylindre en os décalcifié.

En 1887, les plaques de Senn en os décalcifié font leur apparition. La méthode fut vite acceptée par nombre de chirurgiens et donna d'excellents résultats. Robert Dawbarn utilise des plaques d'approximation très facilement résorbables : lamelles de pommes de terre, Roman von Baracz essaie successivement des raves, des pommes, des radis, des carottes, des betteraves, des choux-navets et opère comme avec les plaques de Senn. Par ce procédé, il fit avec de bons résultats une gastro-entérostomie.

Puis en 1890 on voit avec Sachs, Jesset, Robson, réapparaître des appareils analogues aux anneaux de Denans, avec cette particularité qu'ils sont tous en substances résorbables.

Enfin, en 1892 nous arrivons, à travers six siècles, et par étapes successives, à l'instrument moderne, qui emprunte aux anciens l'idée du moule intérieur, qui remplit la condition indispensable de l'adossement des séreuses, et qui vise, non plus la réunion par sutures, mais la soudure par sphacèle des lambeaux adossés.

CHAPITRE PREMIER

LES BOUTONS ANASTOMOTIQUES

Il en existe actuellement trois modèles d'usage courant : ceux de Murphy, de Villard et de Jaboulay.

Le bouton de Murphy

Fabriqué pour la première fois en 1892, il est trop universellement connu pour que nous en donnions une description très détaillée. Il se compose de deux pièces métalliques, l'une mâle, l'autre femelle, ayant l'aspect d'un champignon.

La tête de chaque élément déborde le cylindre central de quatre à cinq millimètres. Ce rebord est percé de quatre orifices destinés à faciliter la circulation des matières.

Le cylindre femelle est muni à son intérieur d'un pas de vis et le cylindre mâle porte deux petits crochets montés sur ressort, qui s'adaptent au pas de vis.

Ces crochets sont disposés de telle façon que le cylindre mâle pénètre par glissement dans le cylindre femelle ; il est alors impossible de séparer directement les deux pièces l'une de l'autre ; il faut, pour y parvenir, les dévisser en faisant suivre aux deux crochets tout le trajet du pas de vis.

Une partie accessoire est adaptée à la pièce mâle, c'est une virole maintenue par un ressort ; la résistance du ressort vaincue, la virole vient s'appliquer contre le rebord du bouton, et son élasticité régularise la pression sur les tuniques intestinales.

Murphy a fait construire quatre modèles de boutons anastomotiques :

Le n° 1 a $3/4$ de pouce (20 mm. 3) de diamètre extérieur.

Le n° 2 a $13/16$ de pouce (22 mm. 5) de diamètre extérieur.

Le n° 3 a $15/16$ de pouce (25 mm. 3) de diamètre extérieur.

Le n° 4 a 1 pouce (27 mm.) de diamètre extérieur.

Les diamètres des cylindres mâles, diamètres utiles pour le passage des matières avant la chute du bouton, sont les suivants :

N° 1 : 7 mm. 5 ; n° 2 : 9 mm. ; n° 3 : 11 mm. ; n° 4 : 13 millimètres $1/2$.

Murphy a fait construire plus tard un cinquième bouton de 1 pouce $1/4$ (29 mm.) pour les interventions sur le rectum.

Manuel opératoire.

Nous ne ferons que rappeler brièvement les principes de l'application du bouton.

Qu'on se trouve en présence d'une anastomose termino-terminale, latéro-latérale, ou termino-latérale, la technique est la même ; on introduit chaque pièce séparément dans la cavité des viscères à réunir ; on les fixe par une suture en bourse ; à ce moment, les deux cylindres, mâle et femelle, seuls dépassent, il ne reste plus qu'à réaliser leur engrènement en les rapprochant et en serrant bien dans leur axe, à travers les tuniques intestinales.

Avant de serrer, on doit s'assurer que les muqueuses ne sont pas apparentes car leur présence viendrait gêner le rapprochement des séreuses. La muqueuse gastrique est souvent exhubérante et il sera nécessaire dans ce cas de la rentrer avec la sonde cannelée, ou même de la réséquer.

Doit-on serrer à fond le bouton ? Nous verrons les inconvénients qui peuvent résulter d'une pression trop modérée : issue des liquides intestinaux, retard de la chute du bouton et perforations intestinales dues au phacèle des tissus par un contact trop prolongé du bouton.

Il faut donc bien serrer, mais quand faut-il s'arrêter ? Murphy a intercalé, comme nous l'avons vu, une bague élastique à son bouton pour régulariser la pression. Chaput prétend qu'il faut serrer les deux pièces d'une façon modérée de crainte de perforer comme à l'emporte-pièce les tuniques intestinales.

Quénu, au contraire, voudrait une pression énergique pour éviter tout écoulement septique.

Villard (de Lyon) (1), d'après ses observations et ses expériences sur des chiens, est d'avis qu'il n'y a aucun inconvénient à rapprocher fortement les deux pièces du bouton. Sa chute, quelle que soit la pression, n'a jamais lieu avant cinq ou six jours. Ce temps est amplement suffisant pour la formation de solides adhérences.

Enfin, pour terminer l'opération, doit-on faire des points séro-séreux par dessus le bouton ? Chaput le conseille, redoutant les perforations ou la désunion de l'anastomose. Nous ne le croyons pas, car l'anastomose bien faite est solide à elle seule. Toute suture complique l'intervention et nous fait perdre, en partie du moins, le bénéfice du principale avantage du bouton, la rapidité.

On pourra cependant faire quelques points séparés ou même un surjet si l'articulation du bouton a présenté des difficultés (tunique gastrique infiltrée et très épaisse, défaut mécanique du bouton) et si on a de sérieux doutes sur l'étanchéité de l'anastomose.

Modifications apportées au bouton de Murphy : le bouton de Villard

Les chirurgiens ont fait différents reproches au bouton de Murphy.

(1) Société des Sciences médicales de Lyon, 21 nov. 1894.

1° Le diamètre intérieur est trop petit par rapport au diamètre extérieur.

2° Les ouvertures faites sur le rebord du bouton sont insuffisantes.

3° La bague mobile est une complication inutile et empêcherait le serrage énergique des tuniques.

4° On ne peut enlever le bouton après qu'il a été serré.

5° Les crochets de la pièce mâle peuvent se dessouder.

Villard a établi un modèle de bouton dans lequel il a cherché à supprimer certains de ces inconvénients.

Les modifications consistent dans l'agrandissement de la lumière centrale, tandis que le diamètre total est diminué.

Le cylindre central de la pièce mâle est remplacé par quatre languettes ressorts dont les griffes vont, lors de l'articulation des deux moitiés, se fixer au niveau des rainures du pas de vis de la pièce femelle.

Les orifices percés dans le rebord métallique qui forme la tête de chaque demi-bouton sont agrandis au maximum. De la sorte, lors de la migration du bouton dans l'intestin, ces orifices pourront s'opposer à l'obstruction intestinale quand par suite d'un mouvement de rotation, l'axe de lumière centrale du bouton ne correspondra plus à l'axe de l'intestin.

Enfin Villard a supprimé la bague mobile que l'on trouve dans le modèle de Murphy dont nous avons signalé les inconvénients.

Il existe trois modèles de boutons de Villard, mesu-

rant respectivement 20, 23 et 26 mm. de diamètre extérieur.

En 1894, Chaput a conçu un autre bouton, d'un principe tout différent : il a l'aspect d'une poulie elliptique, à gorge très profonde, présentant à son centre une ouverture de 5 millimètres de large sur 30 de long. Les deux brèches intestinales à réunir, munies du fil qui réalisera la suture en bourse, sont amenées l'une après l'autre sur la gorge du bouton puis les fils sont serrés. A ce moment, on aplatit en les serrant à travers l'intestin, les deux lèvres de la gorge du bouton sur tout le pourtour de l'appareil. Comme il est en étain, la gorge de la poulie s'aplatit facilement et les tuniques intestinales se trouvent en contact intime.

Après avoir connu une courte vogue, le bouton de Chaput a été abandonné.

Le bouton de Jaboulay-Lumière

Les boutons métalliques furent délaissés pour un temps, surtout en Angleterre et les vieux appareils faits de substances résorbables furent de nouveau utilisés par un certain nombre de chirurgiens.

C'est alors qu'en 1905, Lépine construisit le bouton anastomotique qui porte le nom de Jaboulay, mais auquel on doit, en toute justice, associer celui de Lumière, à qui en revient l'idée.

Voici la description de l'instrument telle qu'elle a

été exposée dans leur article de la « Presse Médicale » par MM. Huguier et Rigollot-Simonnot.

« Le bouton de Jaboulay, comme le bouton de
« Murphy, se compose de deux pièces, mâle et femelle, se pénétrant réciproquement ; mais là s'arrête
« la ressemblance, ce qui le distingue de tous les autres boutons, c'est que chacune de ses moitiés s'introduit par vissage, à la façon d'un bouton de manchette, dans un orifice de l'intestin ou de l'estomac de diamètre moindre que la tête du bouton :
« de cette façon, aucune suture complémentaire, ni suture en bourse, ni suture séro-séreuse d'enfouissement n'est nécessaire. Sans vouloir faire une description complète de l'appareil, nous dirons que
« chacune de ses deux moitiés peut être comparée à un champignon, avec un chapeau, formé par le cylindre externe du bouton qui s'engagera dans la lumière de l'intestin, et un pied formé par le cylindre interne, qui émergera hors des lèvres de la boutonnière gastrique ou intestinale.

« Pour permettre l'introduction par vissage de chacune des deux moitiés, se trouve une fente verticale partageant dans toute sa hauteur le cylindre externe ou chapeau et se retrouvant sur la partie correspondante du cylindre interne ; sur ce dernier elle se continue horizontalement sur un tiers de sa circonférence. Un ressort se détache du rebord supérieur du cylindre externe, lame élastique passant en pont au-dessus de l'encoche et qui, automatiquement, se rabat une fois le bouton complètement introduit de façon à faire du rebord supérieur in-

« interrompu du cylindre externe, une ligne continue.

« De cette façon, aussi bien au niveau des encoches
« que partout ailleurs, les tuniques intestinales sont
« fortement comprimées sans bâillement ni hernie,
« et elles se sphacèleront ultérieurement sur toute la
« circonférence du bouton, de façon que celui-ci puis-
« se effectuer sa chute ».

Le bouton de Jaboulay est conçu spécialement pour les anastomoses latéro-latérales. Après avoir ponctionné, au bistouri ou au thermocautère, les deux viscères à rapprocher, on s'assure que la ponction intéresse bien toutes les tuniques jusqu'à la muqueuse y comprise. Chaque demi-bouton, monté sur une pince, est introduit par un mouvement de torsion. Il ne reste plus qu'à articuler le bouton et à serrer fortement.

Le bouton de Jaboulay a l'avantage sur ses prédécesseurs d'être posé plus rapidement (deux minutes environ) sans la moindre suture.

Les avantages des anastomoses au bouton sur la suture

1° L'extrême rapidité de l'anastomose.

C'est là le gros avantage de la méthode. Cette rapidité est incontestable et il peut sembler inutile d'insister sur une particularité aussi évidente. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point.

Victor Pauchet y insiste particulièrement en ce qui

concerne la chirurgie gastro-intestinale au bouton de Murphy : La rapidité de l'intervention est un facteur capital dans les sténoses anciennes du pylore, avec cachexie considérable et, chez les néoplasiques surtout, Pauchet est partisan du bouton, précisant toutefois que si un bon suturiste fait une gastro-entérostomie en une demi-heure, il ne mettra guère moins de temps s'il se sert occasionnellement d'un bouton.

Pour exécuter la même opération en un quart d'heure, il faut être entraîné à la méthode.

« En un mot, le bon suturiste ne trouvera un sérieux avantage au bouton que le jour où il sera devenu un bon boutonniste ».

La rapidité est encore plus grande si on emploie le bouton de Jaboulay puisque la suture en bourse est supprimée.

2° L'anastomose au bouton est aussi peu septique que possible.

Là encore le bouton de Jaboulay a l'avantage sur le Murphy. Avec le premier, en effet, ni les doigts de l'opérateur ni ceux de l'aide, ne sont en contact, à aucun moment, avec les tranches de section de l'estomac ou de l'intestin. D'ailleurs la stérilisation de celles-ci est assurée par l'ouverture au thermo. Les viscères ne restent ouverts qu'un instant, pendant lequel il est aisé de se protéger contre l'issue des matières, en particulier du contenu gastrique si l'estomac n'était pas parfaitement vidé.

3° *La perfection de l'hémostase de la bouche est assurée par la striction des tranches de section entre les deux moitiés du bouton.*

Tous les chirurgiens se souviennent des ennuis qu'ont pu leur causer les surjets séro-séreux d'enfouissement passant, malgré toutes les précautions prises, dans une zone vasculaire où le passage de l'aiguille donne soit un jet de sang, soit un hématome sous-séreux.

4° *Le bouton assure une protection parfaite et immédiate de l'anastomose.*

C'est un avantage appréciable, permettant par exemple de réalimenter de suite un cachectique, ou encore, protégeant la bouche contre la débâcle des matières après une résection intestinale pour hernie étranglée.

5° *La béance de l'orifice assure le drainage parfait de l'estomac après la gastro-entérostomie.*

Il en résulte que jamais on n'observe de vomissements post-anesthésiques. Les malades vomissent, en quelque sorte, directement dans leur intestin.

Une observation rapportée par MM. Huguier et Rigolot-Simonnot dans la statistique qu'ils ont publiée en 1913, est un exemple typique. Le malade éprouvait de temps en temps, après son réveil, une nausée suivie d'une contraction, et la sensation que l'estomac se vidait ; sitôt après, l'envie du vomissement disparaissait.

6° *L'anastomose au bouton est une intervention bénigne.*

Elle comporte un minimum de manipulations, et on en comprend l'importance lorsqu'on opère sur un viscère aussi délicat que le tube digestif, point de départ bien connu de réflexes généraux graves.

Il en résulte de bons résultats immédiats, même chez des cancéreux cachectiques avancés, et M. Huguier a pu dire « une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay ne préoccupe pas plus qu'une appendicectomie à froid, et les suites opératoires immédiates en sont aussi simples ».

**Les inconvénients
des boutons anastomotiques**

1° *Nécessité d'un instrument spécial.*

C'est un argument sans valeur, sur lequel Pauchet a cependant attiré l'attention ; il rappelle la nécessité d'avoir un bon bouton. Il est hors de doute qu'un certain nombre de faits reprochés au bouton sont dus à un défaut de l'instrument ; et c'est alors que les arguments de ses détracteurs trouvent leur justification.

Pauchet rapporte à ce sujet une observation instructive : effectuant à l'Hôtel-Dieu d'Amiens une gastro-entérostomie au bouton de Murphy, il s'aperçut, fort heureusement, que l'accolement était imparfait sur la moitié du pourtour de l'anastomose. Il en-

leva le bouton et fit une suture ; il constata que l'instrument était en mauvais état ; un des deux crochets-ressorts était détrem pé et n'agissait plus. Ceci se passait il y a une quarantaine d'années, et les progrès techniques réalisés depuis dans la fabrication de ces objets délicats nous offrent une garantie à peu près absolue. Toutefois il sera bon de vérifier soigneusement le bouton un peu avant de l'utiliser, de façon à éviter tout ennui.

2° *Le bouton n'est pas d'application aisée.*

Il faut un certain entraînement pour placer correctement un bouton.

Pauchet insiste sur cette difficulté ; il va cependant peut-être un peu loin lorsqu'il écrit qu'il est plus difficile de bien mettre un bouton que de faire une suture suffisante.

Il est sans doute des cas où l'application du bouton est excessivement pénible, sinon impossible ; ainsi, il arrive que la muqueuse gastrique, œdématiée autour d'un ulcère, ou atteinte par une infiltration néoplasique, soit considérablement hypertrophiée. Elle vient alors faire hernie, la suture en bourse n'est pas satisfaisante, il se forme des plis et le serrage du bouton est imparfait.

Villard a fait faire un demi-bouton gastrique à tige plus longue, pour parer à cet inconvénient.

D'autre part, le bouton de Jaboulay pourra faire des fausses-routes entre les tuniques épaissies de l'estomac. M. Pouliquen a essayé de tourner cette dif-

ficulté en utilisant un demi-bouton de Villard pour l'estomac (bouton mixte).

Il a même proposé de faire avaler au malade, avant l'intervention, le demi-bouton gastrique, ou de le placer dans l'estomac en faisant une petite gastrostomie qu'il referme immédiatement.

Il nous semble que c'est là compliquer une méthode qui se suffit généralement à elle-même pourvu qu'on ait un peu d'entraînement.

Il faut reconnaître, en effet, que la plupart des difficultés rencontrées par l'opérateur relèvent surtout de lui et sont dues à une technique défectueuse. L'une ou l'autre des précautions indispensables n'ont pas été prises.

M. Léo relate dans *Paris Chirurgical* de 1913 le cas malheureux d'un diabétique chez qui les pièces du bouton avaient été articulées de travers. Le serrage de l'opérateur fut trop énergique et le chapeau de la pièce mâle traumatisa la paroi gastrique qui, altérée dans sa vitalité par la tare diabétique, fut le siège d'une perforation secondaire. Le malade mourut brusquement de péritonite le dixième jour.

Citons encore une observation de M. Forgue qui, effectuant une cure d'anus iliaque, voulut faire une anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. Les deux segments intestinaux avaient leurs parois considérablement épaissies par une réaction inflammatoire chronique ; il en réséqua une partie, mais l'hypertrophie des tuniques l'empêcha de serrer convenablement son bouton, par dessus lequel il dut faire une suture circulaire. Ce contre-temps prolongea l'in-

tervention et le malade déjà affaibli auparavant, mourut par suite du choc opératoire. Heureusement, les cas sont rares où l'application du bouton présente de telles difficultés, quelquefois insurmontables quelle que soit l'habileté du chirurgien.

3° *Lâchage de l'anastomose au bouton.*

Cet accident redoutable, s'il a été relaté quelquefois, semble devenu aujourd'hui tout à fait exceptionnel. Villard, dans les premières années où il utilisait son bouton, a observé trois faits de ce genre, dus au manque d'adhérence entre les surfaces sérieuses adossées après gastro-entérostomie. Villard (Lyon Médical, 1903) ne sait à quoi attribuer ce défaut d'adhérence qui lui a fait rejeter l'emploi du bouton dans les gastro-entérostomies, tout au moins comme méthode de choix.

Nous croyons devoir incriminer avec Gayet, le défaut de serrage du bouton ; cet auteur reconnaît avoir eu lui-même dans ses débuts trois cas de mort dus, le premier à un lâchage complet, les deux autres à un entrebaillement du bouton, constatés à l'autopsie et Gayet conclut : « le bouton était défectueux ou avait été mal serré ». (Revue de Chirurgie, 1904).

Dans un récent article (Lyon Chirurgical, 1937), Villard reprend la question et dit ceci : « Les cas où les parois accolées se désunissent relèvent de mises en place défectueuses. Il est indispensable de vérifier qu'il n'existe au moment du serrage, aucune interposition de muqueuse entre les deux moitiés de l'appar-

reil ; la présence de muqueuse expose à la désunion de l'anastomose au moment de la libération du bouton ; or cette interposition est parfois difficile à empêcher ».

Villard conseille d'irriter mécaniquement, avec la pointe d'un bistouri ou avec un tampon, les surfaces sèches à rapprocher, pour provoquer une adhérence plus facile.

Nous venons d'envisager un certain nombre de faits reprochés aux boutons et nous avons vu qu'il est facile dans la majorité des cas de parer à ces inconvénients par une bonne technique et quelques précautions.

Voici maintenant quelques points d'un ordre un peu différent.

4° *L'orifice anastomotique est trop petit.*

Bien des auteurs ont fait ce reproche au bouton. Or, M. Huguier, dans plusieurs statistiques, n'a jamais observé de complications dues à l'étroitesse de l'orifice. Celui-ci présente, en effet, des dimensions égales à la circonférence extérieure du bouton, soit 23 millimètres pour le bouton moyen de Jaboulay, et c'est plutôt le rétrécissement ultérieur de la bouche qui la rendra insuffisante.

D'autre part, M. Audain (Presse Médicale, février 1926, page 199) a signalé les troubles physiologiques qu'il attribue aux bouches de gastro-entérostomie trop grandes réalisées à la suture. Il constate sous l'écran radioscopique, l'évacuation immédiate de l'estomac,

et en conclut que les aliments n'y séjournent pas assez longtemps pour subir la digestion gastrique; le muscle stomacal ne se contractant plus, perd sa tonicité.

Nous n'irons cependant pas aussi loin que M. Audain, qui propose la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay comme méthode de choix; ce n'est pas là notre avis, ainsi que nous le préciserons plus loin.

D'autre part, les anastomoses intestinales au bouton sont toujours suffisamment larges ; nous n'avons pas relevé de cas où elles se soient trouvées trop étroites dans les suites immédiates de l'intervention.

5° *L'orifice anastomotique se rétrécit ou s'oblitère secondairement.*

Jaboulay, Gayet, Delore en ont rapporté un certain nombre de cas.

Dans la Revue de Chirurgie de 1924, Delore, Michon et Polosson citent dix observations d'oblitération partielle ou totale de l'orifice après gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Pour ces chirurgiens, cette évolution relève d'inflammation péritonéale ou gastrique, au voisinage de la bouche.

Mais cette complication se voit aussi avec la suture. Au Congrès de l'Association américaine de Chirurgie de 1914, M. Hartmann avait pu réunir 44 cas d'oblitération de la bouche après suture.

Cet accident semble beaucoup plus rare en chirurgie intestinale qu'en chirurgie gastrique, et si l'on en juge d'après les statistiques, cette oblitération après gastro-entérostomie au bouton n'est pas fréquente.

Sur 308 observations, Jaboulay en rapporte 3 cas. Delore, Michon et Polosson relèvent 10 oblitérations sur une statistique de 637 cas.

Dans une statistique de M. Huguier, nous n'en trouvons pas.

M. Prat, de Nice (Gazette Médicale de France, 15 novembre 1930), au cours d'une pratique de plusieurs années, n'a jamais observé de rétrécissement de l'anastomose.

En 1903, M. Villard s'élevait avec force contre cette opinion qui accuse le bouton de rétrécissement tardif. Il affirme ne l'avoir jamais observé, au cours de recherches expérimentales et de nombreuses autopsies.

A son sens, le rétrécissement secondaire signalé par les chirurgiens est dû aux sutures de renforcement que l'on fait au-dessus du bouton; le fil de soie, corps étranger irritant, produirait autour de lui le tissu scléreux réactionnel cause de la sténose.

M. Villard, dans un récent article, maintient après plus de trente ans, cette assertion. Cette question a soulevé, nous le voyons, de nombreuses discussions, et il nous sera difficile de conclure. Il semble néanmoins résulter de nos recherches que le rétrécissement tardif se rencontrerait surtout dans les gastro-entérostomies après perforation gastrique, où l'on opère en milieu infecté, et dans ces cas le bouton favoriserait le rétrécissement davantage que la suture.

Nous citons plus loin deux observations personnelles venant illustrer cette constatation.

6° *Le bouton favorise l'ulcère peptique secondaire de la bouche ou du jéjunum.*

Ce reproche n'est pas, lui non plus, spécial au bouton, et M. Gosset a mis également cette complication sur le compte des fils de soie pour les ulcères peptiques survenant après suture.

La plupart des auteurs, et récemment M. Prat, ont constaté que le bouton ne favorisait pas l'apparition de l'ulcus peptique plus que la suture.

7° *Accidents dus à la migration du bouton.*

Nous abordons le point le plus important, car la plupart de ces accidents sont imputables au bouton et à lui seul. Nous envisagerons trois éventualités :

a) Le bouton reste au niveau de la bouche anastomotique. Cet arrêt relève presque toujours d'un serrage insuffisant ; une collerette de paroi non sphacélée reste interposée entre les deux pièces.

Si le serrage est parfait, l'accident est exceptionnel ; il n'y a donc pas à s'en préoccuper outre mesure, car il a peu d'importance en lui-même, se réduisant le plus souvent à un retard d'expulsion.

M. Villard n'a observé qu'une seule fois une non-libération du bouton l'ayant obligé à réintervenir pour l'extraire par entérostomie.

Enfin, le bouton resté en place pourrait être bouché par des débris alimentaires : par un noyau de pêche dans une observation de Delore, Michon et Polosson ; l'extraction du bouton fut suivie de guérison.

Dans une observation de Villard, le bouton fut obstrué par des pépins de raisins et la mort s'en suivit par inanition. Aussi est-il indiqué de surveiller l'alimentation du malade, tant que le bouton est retenu et de faire un lavage d'estomac avant l'intervention.

b) Après gastro-entérostomie, le bouton tombe dans l'estomac.

Cet incident a été fréquemment constaté. MM. Delore, Huguier et Rigollot-Simonnot, Chaput, etc., en ont rapporté des cas.

Le bouton est généralement bien toléré dans l'estomac, à un tel point que M. Huguier ne s'en préoccupe pas, certain qu'il ne déterminera aucun trouble.

Dans une communication à la Société des Chirurgiens de Paris en 1926, cet auteur rapporte un cas intéressant, où le bouton, après avoir séjourné quatre ans dans l'estomac, ne fut plus retrouvé après ce laps de temps, le malade se faisant radiographier périodiquement.

« Comme il est certain, écrivait M. Huguier que le bouton n'avait pas pu franchir en bloc l'anastomose
« gastrique, qu'il n'avait pas été vomé, je suppose que
« le métal qui le composait, corrodé peu à peu par
« l'acide chlorhydrique du suc gastrique, avait été
« divisé en menues parcelles qui s'étaient éliminées
« dans l'intestin par la bouche gastro-jéjunale.

« Peut-être, ajoute M. Huguier avec humour, aura-t-il une action bienfaisante, en raison de sa corrosion lente. C'est un nouveau moyen de médication
« ferrugineuse, supérieur certainement à l'ingestion

« de ces « boules martiales » qu'on faisait avaler « autrefois aux anémiques, et qui servaient, après « récupération, à toute une famille ».

M. Pollosson (Lyon Chirurgical, juin 1937) rapporte une observation curieuse et exceptionnelle, selon lui, d'intolérance gastrique d'un bouton retenu. Celui-ci venait se placer par intermittence dans l'anastomose qu'il ne pouvait franchir, reproduisant par intervalles le syndrome de sténose pylorique. Le bouton fut enlevé par gastrostomie et tout rentra dans l'ordre.

c) L'arrêt du bouton au cours de sa migration peut être la cause d'accidents allant de l'obstruction intestinale à l'occlusion aiguë. M. Pauchet a étudié cette migration du corps étranger ; il reste quatre à cinq jours dans l'orifice chirurgical ; le passage dans le grêle est très rapide ; au bout d'une semaine, il siège dans le gros intestin et s'élimine entre le dixième et le vingtième jour. Il peut stagner longtemps dans le cœcum, le côlon descendant ou pelvien, et surtout dans le rectum d'où il faut parfois l'extraire par toucher rectal.

Dans les statistiques additionnées de MM. Jaboulay, Delore, Michon et Pollosson, et Huguier, qui portent sur plus de 1.000 cas, on ne relève qu'un seul cas de syndrome de l'occlusion aiguë rapportée par M. Delore. Il s'agissait en réalité d'une péritonite par perforation au niveau d'un bouton arrêté à 15 centimètres du cœcum. Or, on avait fait une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay, gros modèle, qui doit être absolument proscrit de la chirurgie gastrique.

Dans un autre cas, M. Huguier dut réintervenir après 15 mois et trouva le bouton à un mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, au-dessus d'un rétrécissement du grêle qui lui barrait le passage, donnant lieu à un syndrome douloureux assez marqué.

M. Prat a eu la curiosité de comparer la circonférence du gros bouton de Villard à trois calculs biliaires qui avaient causé chacun un iléus biliaire. Leurs dimensions étaient sensiblement égales. Cependant l'auteur admet que les boutons étant perforés, l'occlusion est malgré tout difficile.

M. Prat dut, chez un de ses opérés de gastrectomie, extraire, après plusieurs semaines, un bouton qui s'était immobilisé dans l'anse sigmoïde, épaissie, rouge, adhérente par périviscérite où il créait un syndrome de subocclusion.

Cet auteur a fait construire, en 1930, par les laboratoires Robert et Carrière un bouton semi-plastique, où le champignon est fait d'une matière plastique spéciale qui, au contact des sucs digestifs, se ramollit et prend l'aspect du cuil bouilli. Cette pratique lui aurait permis d'utiliser pour ses gastro-entérostomies, le bouton gros modèle de Villard, tout en assurant une élimination parfaite de l'instrument.

MM. Tixier et Arnulf (Lyon Chirurgical, juin 1937) publient l'observation d'un malade opéré pour ulcère perforé, à qui on fait une gastro-entérostomie de décharge au bouton.

Le 20^e jour il présente un syndrome abdominal, puis une collection juxtavésicale. Le bouton s'est arrêté dans l'anse sigmoïde, sur un obstacle formé par

deux ou trois polypes assez volumineux. Il s'en est suivi une perforation du sigmoïde avec abcès stercoral et fistule vésico-sigmoïdienne. Ces accidents ont entraîné la mort au 50^e jour.

Les auteurs en concluent que la rétention du bouton dans l'intestin est beaucoup plus dangereuse que son immobilisation dans l'estomac. MM. Tixier et Arnulf affirment « qu'habituellement le bouton s'évacue spontanément au dixième ou douzième jour, « ne donnant lieu qu'à de simples coliques passagères. Lorsqu'il y a un retard d'évacuation, c'est « qu'il est resté fixé au niveau de la bouche ou qu'il « est dans l'ampoule rectale, mais jamais il ne reste « retenu dans les autres parties de l'intestin; il faut « une lésion de celui-ci pour l'arrêter. »

Ils en déduisent que tout bouton arrêté dans son parcours intestinal doit être enlevé chirurgicalement le plus tôt possible, pour éviter des accidents semblables à celui qu'ils rapportent.

CHAPITRE II

INDICATIONS DU BOUTON ANASTOMOTIQUE EN CHIRURGIE GASTRIQUE

Nous envisagerons successivement les diverses circonstances où la gastro-entérostomie au bouton peut se justifier, et nous discuterons ces indications dans les ulcères gastro-duodénaux perforés, dans les néoplasmes de l'estomac, puis dans divers cas où l'intervention comporte un temps complémentaire, ou se fait en deux temps espacés.

I. — Ulcères perforés

En présence de cet accident dramatique, les chirurgiens se sont limités assez longtemps à la suture simple de la perforation.

Puis on a préconisé la suture suivie de gastro-entérostomie. La question a été l'objet de nombreuses discussions et travaux ; notre but n'est pas de discu-

ter les indications de la gastro-entérostomie ; la thèse de Rothan (Nancy, 1937) fait une mise au point de la question. Nous nous rallierons à ses conclusions, en disant que bien souvent la suture simple de l'ulcère est suffisante. N'a-t-on pas affirmé que la perforation était l'accident terminal assurant la guérison du foyer inflammatoire ? Le fait est peut-être vrai pour les ulcères souples mais inexact pour les ulcères calleux.

La plupart des auteurs français estiment la gastro-entérostomie complémentaire assez souvent indiquée (Hartmann, Gosset, Lecène, Ockinczyk, Delore, Bérard, Patel, etc.

Elle a, certes, des avantages que nous résumerons brièvement :

Lorsqu'on n'a pas suturé la perforation, ou qu'on n'a pu la trouver, elle peut assurer indirectement la guérison. De même si les perforations sont multiples.

Elle permet d'éviter le rétrécissement pylorique lorsque la suture, ou l'excision de l'ulcère ont considérablement rétréci ce canal ; mais en réalité ce rétrécissement est bien rare.

Elle a encore l'avantage de « détendre et de soulager les sutures, créant une soupape de sûreté » (Leriche) ; ce rôle a d'ailleurs été vivement critiqué, et qualifié de purement théorique.

Enfin elle préservait contre des complications graves telles que la perforation d'un autre ulcus et les hémorragies, et assurerait un meilleur avenir au malade, en particulier dans les ulcères duodéno-pyloriques.

Par contre, on a reproché à la gastro-entérostomie complémentaire d'alourdir la mortalité opératoire, d'augmenter la durée de l'intervention, donc le choc opératoire. Enfin elle risque de diffuser l'infection à l'arrière cavité des épiploons, si elle ne l'est pas déjà.

Cadenat et d'autres vont plus loin et considèrent ce second temps comme inutile ; d'après eux, la bouche ne fonctionnerait pas lorsque le pylore est resté perméable.

Mais on a pu vérifier radioscopiquement le fonctionnement de la bouche.

Duval, Ockinczyc, Baudet et Braine ont du réintervenir dans les premiers jours, dans des cas où ils avaient jugé la gastro-entérostomie inutile.

Mais, allons-nous conseiller l'anastomose au bouton ou à la suture ?

A priori, le bouton, celui de Jaboulay en particulier, semble avoir là une indication majeure.

En effet, bien qu'en principe les liquides gastriques épanchés dans le péritoine soient aseptiques dans les premières heures suivant la perforation, il faut bien reconnaître que nous travaillons malgré tout dans un milieu quelque peu infecté. Il y aura donc intérêt à réduire au maximum les manipulations.

La muqueuse gastrique est le siège d'un processus inflammatoire chronique ; elle est rouge, congestionnée et assez friable. Les fils de suture auront tendance à couper et il se produira facilement des hémorragies de la tranche gastrique.

Evidemment l'application d'un bouton supprime-

rait tous ces inconvénients, et réduirait pour ainsi dire à néant, le gros reproche adressé à la gastro-entérostomie complétant la suture, à savoir la durée considérable du deuxième temps, chez un malade en état de shock.

Or il se trouve malheureusement que, dans ces cas où le bouton nous serait d'un précieux secours, il ne nous donne généralement pas de bons résultats.

Outre les incidents immédiats, généralement peu graves et peu fréquents de rétention et d'obstruction dus au bouton (Rothan en signale deux cas, dont une occlusion grave, dans sa thèse), il est un accident éloigné, le rétrécissement tardif de l'anastomose, dont la fréquence a fait abandonner le bouton comme méthode de choix à de nombreux chirurgiens. Dans sa statistique de cent vingt cas, Rothan a observé trois fois la sténose de la bouche ; il a fallu réintervenir, la première fois au bout de deux ans, les deux autres fois après trois mois.

Nous avons également plusieurs observations inédites de cas analogues. Deux cas sont particulièrement intéressants. De ces deux malades ayant eu une gastro-entérostomie après suture de la perforation, le premier fit secondairement une perforation itérative ; l'autre fut réopéré pour un nouvel ulcus ; à chaque fois on trouva l'orifice anastomosique considérablement rétréci.

Huguier déconseille la gastro-entérostomie au bouton dans les ulcères perforés ; d'après lui la méthode exposerait davantage que la suture à l'ulcère pepti-

que secondaire ; il insiste également sur la fréquence du rétrécissement de la bouche.

Nous avons vu que certains ulcères pouvaient être considérés comme guéris après perforation et suture, Il est donc possible que, dans ce cas, si une gastro-entérostomie au bouton a été pratiquée, la sténose tardive et l'oblitération soient passées inaperçues, puisque le pylore peut fonctionner à nouveau.

Pourquoi cet accident vient-il si fréquemment nous priver des bénéfices d'une méthode qui nous avait séduit par ses avantages ?

Il semble qu'on doive attribuer la sténose de la bouche à l'état même de la muqueuse gastrique. On sait que dans l'ulcère, l'infiltration leucocytaire est considérable, et que les germes les plus variés, mais surtout les streptocoques (Rosenow) peuvent s'y rencontrer. Ils entretiennent au niveau de l'ensemble de la muqueuse gastrique un état inflammatoire chronique. Les travaux de P. Duval signalent bien la sépticité de cette muqueuse et il est logique d'admettre que la sténose cicatricielle en est la résultante.

La chirurgie gastrique a beaucoup évolué et P. Duval, Cadenat, Leriche, Abadie, Delagenière, etc., n'hésitent pas à proposer l'exérèse large de la lésion, la gastro-pylorectomie ; les techniques varient avec les auteurs, mais le Billroth II semble le plus employé. Cette anastomose latéro-latérale peut être rapidement effectuée au bouton de Jaboulay et Delore en est partisan ; de même Queinnec (Thèse, Paris, 1927) propose de rétablir la continuité gastro-intestinale au bouton de Jaboulay. Selon lui les in-

convénients de la gastro-entérostomie disparaîtraient du fait de la suppression du pylore.

Les autres techniques (Kocher, Péan, Billroth I, Polya, etc.) ne peuvent être réalisées qu'à la suture.

Nous concluerons en disant qu'il ne faut pas étendre sans mesure l'emploi de la gastro-entérostomie dans l'ulcus perforé. Nous devons faire une intervention d'urgence, sur un individu souvent shocké ; elle sera donc une intervention minima, et nous nous contenterons de suturer convenablement la perforation. La suture simple est une bonne opération ; elle est rapide et donne une mortalité tout au plus égale à la gastro-entérostomie après suture (Thèse Radoïewitch, Bordeaux, 1924).

On ne fera la gastro-entérostomie complémentaire que si la suture de l'ulcus rétrécit manifestement le pylore ; on n'utilisera le bouton de Jaboulay que si l'état du malade est menaçant, et oblige le chirurgien à finir très vite. Sinon, une bonne suture sera préférable.

Si les suites opératoires ne sont pas satisfaisantes et qu'après la fermeture simple de la perforation, le malade continue à souffrir, il sera bien encore temps de faire une gastro-entérostomie à la suture, ou une gastro-pylorectomie.

Terminons cette question, en donnant encore la préférence à la suture lorsqu'on fait une gastro-entérostomie pour ulcère non compliqué.

C'est là la façon de penser de Villard qui écrit (*Lyon Chirurgical*, juin 1937) :

« En pareil cas, d'une façon générale, la suture me

« paraît supérieure au bouton, qui donne moins de
« sécurité pour la solidité de l'anastomose, car
« l'épaisseur souvent assez grande des parois gastri-
« ques rend parfois la pose du bouton difficile et
« gêne pour un serrage convenable. Dans les gastro-
« entérostomies simples, chez des malades ayant
« conservé un état général suffisant, il vaut mieux
« suturer. »

II. — Cancers gastriques

Le traitement chirurgical des cancers de l'estomac peut se résumer ainsi :

Une opération radicale, dite curative, la gastropyloréctomie large, passant de part et d'autre à distance des lésions, et enlevant en bloc avec la masse néoplasique les trois groupes de ganglions voisins, coronaires, sous-pyloriques et rétro-pyloriques. La section doit se faire à cinq centimètres de la limite apparente de la tumeur du côté gastrique et sur le duodénum à quatre centimètres du pylore.

Une telle intervention donne un choc opératoire considérable, et le malade affaibli, anémique et en état de dénutrition plus ou moins avancée, tel qu'il se présente généralement au chirurgien, ne bénéficiera que d'une intervention palliative, la gastro-entérostomie.

On peut réaliser la cure dite radicale en deux temps, et on fait l'exérèse après une gastro-entéro-anasto-

mose qui permet de remonter l'état général du malade.

La chirurgie des néoplasmes gastriques est certes, encore bien décevante ; en effet, le diagnostic n'est pas toujours fait précocement ; le malade n'accepte pas toujours l'intervention immédiate.

C'est pour ces raisons que le chirurgien trouve souvent, à l'ouverture du péritoine, un cancer inopérable. S'il renonce aux avantages d'une cure radicale, pour se résigner à une opération purement palliative, du moins faut-il que celle-ci présente un véritable caractère d'innocuité. Sinon on pourrait mettre en doute sa légitimité, et se demander si l'abstention pure et simple ne serait pas préférable.

Or la mortalité générale de la gastro-entérostomie pour néoplasme est loin d'être négligeable, du fait de l'état général extrêmement déficient du malade. On voit fréquemment, après quelques minutes, l'opéré pâlir et présenter un état lipothymique inquiétant et on peut dire que bien souvent le succès est une question de minutes.

C'est pour l'avoir compris que bien des chirurgiens ont adopté le bouton dans ces cas, alors qu'ils le repoussent pour les autres gastro-entérostomies.

Les auteurs estiment que les boutons de Murphy ou de Villard permettent de réaliser l'intervention en une vingtaine de minutes (neuf minutes, disait Murphy ; mais Gayet estime une telle prouesse impossible). Le bouton de Jaboulay permet d'opérer en dix minutes, et pour cette raison il semble avoir, au-

jourd'hui, la préférence dans la chirurgie des cancers gastriques.

Donc, pour la gastro-entérostomie opération palliative, le bouton nous semble avoir des avantages sur la suture.

La sténose de la bouche a certainement beaucoup moins d'importance que dans le chapitre précédent. En effet, lorsque le néoplasme est inopérable, la survie est assez courte et ne dépasse pas en moyenne six mois à un an et en admettant que la bouche vienne à se rétrécir secondairement, elle n'a guère le temps de s'oblitérer avant l'issue fatale.

D'ailleurs, la muqueuse gastrique saine a conservé une intégrité relative. Elle ne subit pas de réactions inflammatoires aussi marquées que dans l'ulcus, et c'est sans doute pour cette raison que les sténoses cicatricielles de l'anastomose se rencontrent plus rarement.

Gayet (*Revue de Chirurgie*, 1904), dans un article intitulé « Le Traitement du cancer de l'estomac », dit n'avoir jamais eu l'occasion de rencontrer un orifice de gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay nettement rétracté.

Dans le même article, une statistique de Jaboulay portant sur 100 cas de cancers opérés avec son bouton, dont certains ont eu une survie allant jusque deux années, l'auteur n'a pas constaté de sténoses.

Certes, Abbe, Moynihan, Czerny, Mayo Robson et d'autres depuis ont cité des exemples d'oblitération, mais la rareté de cette éventualité ne nous permet

pas de perdre les bénéfices du bouton dans la chirurgie des cancers gastriques.

Certains, que l'on a accusé de timidité, reculent encore devant une lésion très étendue et préfèrent refermer la paroi plutôt que de faire courir à leur malade le risque d'une gastro-entérostomie. Gayet leur fait remarquer, avec justesse, que la pose d'un bouton de Jaboulay, durant quelques minutes, ne ferait, pratiquement, courir aucun danger supplémentaire à leur opéré.

Résumons les résultats de la gastro-entérostomie palliative au bouton en citant la statistique de Jaboulay qui, sur cent cas, a eu dix-huit décès, soit une mortalité opératoire de 18 %, alors que les autres statistiques de l'époque varient de 25 à 35 %.

Supposons maintenant que l'opérateur, après avoir examiné la lésion, se décide à faire une gastro-pyloréctomie. Nous avons déjà indiqué que l'on peut aboucher l'estomac au duodénum dans un premier temps ; on réalimente alors le malade et lorsque son état général est amélioré, on entreprend l'opération radicale.

Là encore, le bouton sera un instrument très utile lorsque cette gastro-entérostomie préparatoire doit être rapide.

Si le malade a la chance d'être opéré précocement, si son état général est satisfaisant, la suture garde encore des partisans ; mais le bouton donne d'excellents résultats ; en effet, l'anastomose est temporaire et n'est utile qu'entre les deux temps opératoires ;

son rétrécissement tardif n'entre donc pas en ligne de compte.

Pauchet (Société des Chirurgiens de Paris, 18-2-1927) considère « la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton comme le procédé de choix pour préparer une gastrectomie secondaire ».

Voyons maintenant comment nous emploierons le bouton, suivant les conseils de Pauchet, dans les divers éventualités que nous venons d'envisager.

1° *Gastro-entérostomie palliative, pour cancer inopérable.*

Il faut faire une anastomose postérieure, transmésocolique, au point déclive.

Mais dans les formes avancées, nous risquons de trouver un méso-côlon infiltré ; la paroi postérieure de l'estomac pourra être difficilement accessible.

Nous serons amenés à faire une anastomose antérieure à anse longue pour ne pas gêner le transit du côlon transverse. L'anse longue prédispose au *circulus viciosus* et on complètera par une jéjuno-jéjunostomie. Pourra-t-on faire les deux anastomoses au bouton ? Nous ne le croyons pas, car si le bouton de la bouche jéjuno-jéjunale s'élimine le premier, il se trouvera arrêté par l'autre qui fait saillie dans la lumière intestinale et risquera de gêner le fonctionnement de l'anastomose gastro--jéjunale. Et Pauchet conseille de faire cette dernière à la suture et l'autre avec le petit modèle du bouton de Jaboulay.

2° Sténose cancéreuse du pylore chez un sujet caduc-tique, mais opérable en deux temps.

La gastro-entérostomie postérieure au bouton réalise le premier temps. Pendant une quinzaine de jours au moins, le malade absorbe des purées, du lait, des potages.

A ce moment, pour faire la gastrectomie, Pauchet fait sauter l'anastomose ; la séparation du jéjunum et de l'estomac se fait aisément. Il résèque largement la tumeur, mais déconseille la gastrectomie totale.

L'emploi du bouton a l'avantage de n'utiliser qu'une faible partie de la paroi gastrique saine et faciliter la réunion du moignon à l'intestin.

3° Gastro-entérostomie par le procédé de Billroth II.

Pauchet termine la gastrectomie soit par un Péan, c'est-à-dire une anastomose bout à bout du moignon gastrique au duodénum, opération idéale mais seulement réalisable si l'estomac s'attire bien vers le bas, et si le moignon duodénal a un calibre suffisant, soit par un Polya, c'est-à-dire par implantation du moignon gastrique dans le jéjunum, opération plus facilement réalisable que la première.

Mais lorsqu'il faut terminer rapidement, Pauchet recommande de fermer l'estomac et de faire une anastomose gastro-jéjunale au bouton, par le procédé de Billroth II.

III. — Autres indications du bouton en chirurgie gastrique

Nous avons eu l'occasion de citer ces indications dans les deux paragraphes précédents et risquons ici de nous répéter. Nous ne ferons donc que les énumérer en les classant. Ce sont :

- 1° *Les interventions sur l'estomac comportant une opération complémentaire, telle que la jéjunostomie.*
 - 2° *La gastro-entérostomie envisagée comme temps préparatoire à une seconde intervention, le plus souvent une gastrectomie, que ce soit ou non pour cancer.*
 - 3° *La gastro-entérostomie après les résections gastriques difficiles, lorsqu'on veut terminer rapidement.*
-

CHAPITRE III

INDICATIONS DU BOUTON ANASTOMOTIQUE EN CHIRURGIE INTESTINALE

Nous envisagerons successivement, dans ce troisième chapitre, les anastomoses iléo-iléales, iléo-coliques et colo-coliques, et verrons à l'occasion de chacune d'elles, quand et comment on peut se servir des boutons.

L'anastomose pourra être, selon les cas, termino-terminale, termino-latérale, ou latéro-latérale.

Lorsqu'il s'agit simplement d'établir une bouche entre deux segments du tube digestif sans en interrompre la continuité, l'anastomose ne pourra être que latéro-latérale. Il en est ainsi dans la jéjuno-jéjunostomie et dans les diverses entéro-entérostomies palliatives qu'on peut être amené à pratiquer dans l'occlusion intestinale.

Mais lorsqu'on a réségué un segment du tube digestif, il s'agit de rétablir sa continuité. Nous avons alors le choix entre les trois procédés, et suivant les cas

que nous envisagerons plus loin, nous donnerons la préférence à l'un ou à l'autre.

Disons de suite que la termino-terminale est la plus séduisante, puisqu'elle établit une disposition anatomique normale.

I. — Les anastomoses iléo-iléales au bouton

Voyons les circonstances dans lesquelles elles sont indiquées.

Parmi les sténoses de l'intestin grêle, il en est quelques unes qui bénéficieront d'une simple iléo-iléostomie latéro-latérale, et le bouton de Jaboulay aura nos préférences pour cette intervention. Il pourra être employé dans le traitement chirurgical des rétrécissements congénitaux du grêle, et des diverses sténoses inflammatoires, cicatricielles, tuberculeuses, ou de nature mal connue (sténoses simples de l'intestin grêle).

Mais la plupart du temps, dans ces cas, il est préférable de réséquer le segment pathologique de l'intestin, et de réunir ensuite bout à bout les deux extrémités libres.

C'est là l'opération de choix à laquelle nous réserverons l'emploi des boutons de Villard ou de Murphy, les seuls permettant une anastomose termino-terminale. Nous pourrions utiliser cette méthode pour toutes les résections de l'intestin grêle, quel qu'en soit

le motif : cancer, tuberculose, infarctus de l'artère mésentérique, tumeurs bénignes, invagination, volvulus, perforations multiples, étranglement berniaire, etc...

Pourquoi préférer l'anastomose terminale ? Elle est d'abord plus rapide que la latéro-latérale qui comporte comme premier temps la fermeture des deux bouts intestinaux. De plus, il se forme ainsi, de part et d'autre de l'anastomose deux culs-de-sac qui peuvent se laisser distendre et devenir de véritables diverticules avec stagnation des matières. D'après Jean Gosset, un cercle vicieux se constituerait, la distension favorisant la stase et la stase augmentant la dilatation. Les culs-de-sac deviennent de véritables poches septiques et présentent un danger certain, bien qu'on puisse diminuer la portée de cet inconvénient en faisant la bouche le plus près possible des extrémités. L'inconvénient est encore plus net si on emploie le bouton, car celui-ci, après sa chute, risque de stagner dans l'un des culs-de-sac où sa présence peut causer des accidents.

Néanmoins, surtout parmi les chirurgiens suturistes, l'anastomose latérale conserve encore ses partisans car si elle est moins rationnelle, elle est de réalisation relativement facile.

La suture bout à bout offre des difficultés beaucoup plus grandes ; il suffira de se reporter à l'historique de cette étude pour constater que, depuis l'époque la plus reculée, les chirurgiens ont essayé d'innombrables moyens pour rendre plus facile la réunion des deux segments intestinaux, à une époque où on ne

connaissait pas encore la suture latéro-latérale. Forge reconnaît cette difficulté (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris 1895) en citant une observation d'anastomose termino-terminale au bouton de Murphy dans une cure d'anus contre nature ; gêné par l'épaisseur des tuniques intestinales enflammées, il n'avait pu serrer convenablement son bouton ; il décida alors de faire un double surjet séro-séreux de sécurité et fut étonné de la facilité avec laquelle il réalisa ce surjet sur le bouton. Il est donc possible de réaliser aisément et rapidement, avec le bouton de Villard ou celui de Murphy, l'intervention la plus rationnelle et la plus satisfaisante qui, morphologiquement, rétablit de façon parfaite la continuité intestinale.

Notons encore à l'avantage du bouton l'extrême rareté en chirurgie intestinale d'un accident tardif dont nous avons signalé l'importance au chapitre des ulcères perforés, à savoir le rétrécissement secondaire de la bouche. Nous n'avons pas trouvé d'observation en faisant part.

Voyons maintenant diverses modalités de l'application du bouton dans quelques cas particuliers. Dans la jéjuno-jéjunostomie complémentaire après gastro-entérostomie, nous avons dit pourquoi il était préférable de faire cette dernière à la suture et la première au bouton. Dans l'incision de l'anse jéjunale on jette les deux demi-boutons, un en amont, l'autre en aval ; on les fait glisser en bonne position et il suffit alors de ponctionner la tunique intestinale

pour réaliser rapidement l'anastomose (le bouton de Jaboulay petit modèle est le plus indiqué).

Dans la hernie crurale étranglée et gangrénée, Pauchet nous indique sa façon de faire (Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris 1927) : Après la herniotomie, il fait une laparatomie suspubienne ou latérale et repère l'anse qui pénètre dans le canal crural, se gardant bien de l'attirer pour ne pas infecter la cavité abdominale ; il sectionne l'anse gangrénée et son mésentère, fait une anastomose bout à bout au bouton, referme le ventre, puis extrait l'anse libérée de toute attache, par l'incision crurale.

« Le type de l'indication, dit Villard, est la gangrène « herniaire, où il faut aller vite et avoir une anastomose solide pouvant résister à la pression des « liquides accumulés dans le bout supérieur. »

Murphy, dès le début, a surtout appliqué sa méthode au traitement des hernies gangrénées. Il a été imité par de nombreux chirurgiens américains, Walker, Rogers, Willis, Andrews, etc., qui ont presque toujours eu des succès.

Gorde (Thèse, Montpellier, 1896) est d'avis que l'anastomose au bouton doit amener logiquement à exclure l'anus contre nature du traitement de la gangrène herniaire ; reconnaissons que cela n'est pas toujours possible.

Joseph Pla (Thèse, Lyon, 1895) est du même avis et conseille l'abouchement iléo-iléal toutes les fois que l'état général du malade le permet.

L'emploi du bouton moyen modèle de Murphy ou de Villard, et rarement de Jaboulay, se trouve donc

largement indiqué en chirurgie de l'intestin grêle où il donne des résultats très satisfaisants.

Il sera cependant contre-indiqué dans les cas, rares, d'ailleurs, où l'on voudra faire une résection intestinale en pleine péritonie, l'inflammation de la séreuse péritonéale risquant de donner une rétraction cicatricielle de la bouche ; l'anus contre nature aura la préférence en raison de sa faible mortalité opératoire. De plus, la constatation à l'intervention ou la connaissance préalable d'un rétrécissement intestinal, quelle que soit sa nature, sera une contre-indication formelle à l'emploi du bouton, en raison des accidents possibles de rétention.

II. — Les anastomoses iléo-coliques au bouton

Elles sont représentées par les anastomoses latéro-latérales, iléo-colique transverse ou iléo-sigmoïdienne, et surtout par les termino-latérales : implantation de l'intestin grêle sur le côlon transverse, sur l'anse sigmoïde, et même sur le rectum.

Lorsqu'on est amené à les réaliser, il s'agit le plus souvent d'une occlusion siégeant sur un segment du gros intestin et la cause la plus fréquente en est le cancer des côlons. D'autres fois, il s'agira d'une tuberculose colique ou d'une tumeur bénigne.

Disons de suite que nous n'aurons pas à nous occuper des occlusions aiguës en cas de cancer. Il

est reconnu (J. Gosset, thèse, Paris, 1933) que la colectomie immédiate donne des résultats désastreux, que seule la dérivation est l'opération de choix, et on fait le plus souvent une caecostomie ; plus tard on peut envisager la colectomie après une attente d'au moins deux à trois semaines.

Dans le cas particulier où le cancer siège à l'étage inférieur du caecum, toute dérivation colique est impossible ; Moynihan était partisan de traiter cette occlusion aiguë par l'iléo-transversostomie ou l'iléo-sigmoïdostomie, et dans ces cas nous aurions pu envisager l'emploi du bouton ; mais ces interventions sont de plus en plus délaissées étant donnée leur mortalité considérable voisine de 40 %, qui a conduit Moynihan à refaire des colectomies immédiates, qui ne lui semblaient guère plus graves.

Actuellement A. Gosset, devant une occlusion aiguë par cancer du caecum, adopte l'attitude suivante : il fait une fistule à la partie terminale du grêle, une iléostomie, comme intervention d'urgence. Dans un deuxième temps il fait une iléo-transversostomie au bouton de Murphy (exclusion unilatérale du caecum) et il termine, dans un troisième temps, par la colectomie.

Pour en revenir aux occlusions chroniques, les tumeurs mises à part, nous pourrions être amenés à réaliser des anastomoses iléo-coliques dans quelques autres cas, tels que les volvulus avec gangrène du caecum et du sigmoïde après résection, les coudures de l'angle splénique ; on a même proposé ces interventions dans le traitement de certaines colites

muqueuses graves, dans le but de réaliser l'exclusion unilatérale du côlon.

AVANTAGES PARTICULIERS

DU BOUTON POUR LES ANASTOMOSES ILÉO-COLIQUES

Les sutures sur l'estomac et l'intestin grêle sont facilitées, dans une certaine mesure, par l'épaisseur des tuniques de ces deux viscères, par leur riche vascularisation, disposition favorable à une réunion anatomique rapide.

De plus leur cavité est relativement peu septique.

Au niveau du gros intestin il n'en est pas de même et la suture est de réalisation plus délicate.

1° Les parois sont minces, particulièrement au niveau des bosselures, où la couche musculaire est réduite à la seule couche circulaire.

2° Le côlon est mal vascularisé.

3° Il est garni d'appendices épiploïques qui sont gênants, surtout chez les sujets adipeux ; ils masquent l'intestin, rendent difficile la régularité des points, et risquent de compromettre l'étanchéité des sutures. On est souvent obligé de les réséquer en les liant à leur base, en ayant soin de ne pas le faire trop au ras du côlon pour ne pas prendre dans la ligature le diverticule muqueux qui existe parfois à la base de ces franges.

4° Le côlon est dépourvu de revêtement péritonéal dans la partie, plus ou moins large, correspondant à l'insertion de son méso.

5° Le contenu du gros intestin présente une septicité toute particulière, encore accentuée dans la majorité des cas qui nous intéressent, où l'occlusion entraîne une stase qui favorise les phénomènes septiques.

6° La paroi du gros intestin est mince et l'aiguille risque de faire des points perforants. Comme le bouton ne nécessite qu'une faible surface de tunique intestinale, les franges épiploïques ne sont pas gênantes ; et nous avons déjà dit qu'il permet un minimum de manœuvres et évite l'inoculation de la cavité péritonéale par le contenu très septique du gros intestin.

Voici l'avis de M. de Martel (Société de Chirurgie de Paris, 1^{er} mars 1921) :

« Je crois qu'en chirurgie du gros intestin le bouton est supérieur à la suture ; il oppose sûrement
« à l'infiltration des matières septiques entre les deux
« séreuses juxtaposées. »

Les interventions utilisant les anastomoses iléo-coliques sont étroitement liées l'une à l'autre par leurs divers temps opératoires, donc difficiles à classer. Nous allons cependant essayer de les diviser en quatre groupes que nous étudierons successivement : les exclusions de l'intestin, l'iléo-transversostomie, l'iléo-sigmoïdostomie et l'iléo-rectostomie, enfin l'iléo-coloplastie.

A) *Les exclusions de l'intestin*

Elles consistent à supprimer, dans un segment d'intestin le passage du contenu digestif.

L'exclusion peut être unilatérale ou bilatérale. Ce sont des opérations palliatives rétablissant le cours des matières en cas d'occlusion, mais, plus souvent, elles servent de préparation à un second temps opératoire, la colectomie.

Prenons comme exemple l'exclusion bilatérale du côlon droit. L'iléon, sectionné près de sa terminaison, est implanté sur le transverse. Le côlon ascendant, sectionné à sa limite avec le transverse, est abouché à la peau. La portion exclue doit toujours être fistulisée à l'extérieur ; l'exclusion bilatérale est rarement pratiquée. Dans l'exclusion unilatérale du gros intestin, l'iléon sectionné est implanté sur le sigmoïde.

B) *L'iléo-transversostomie*

Nous venons d'en voir une application dans l'exclusion bilatérale du côlon ascendant. Son indication majeure se trouve réalisée par l'hémi-colectomie droite, faite elle-même le plus souvent pour cancer du côlon droit.

Quel sera le type de l'anastomose ? Certains ont voulu faire une termino-terminale. La distension du grêle et la rétraction du transverse l'ont peut-être facilitée dans quelques cas, mais d'une façon générale, que ce soit à la suture ou au bouton, elle est de pratique peu courante.

On a employé beaucoup plus souvent la latéro-latérale. Nous avons déjà signalé son inconvénient, la distension des deux culs-de-sac.

Il nous reste la termino-latérale et c'est à elle que nous donnerons la préférence. En plaçant la bouche le plus près possible de la fermeture du côlon transverse, on évite la formation d'un cul-de-sac, et s'en reformerait-il un que « rien ne pourrait ressembler » davantage à une disposition normale : une implantation de l'intestin grêle perpendiculairement à un « côlon portant un diverticule caecal » (J. Gosset).

Cette technique a de plus en plus les faveurs des chirurgiens qui font beaucoup de colectomies tels que Rankin et A. Gosset. Elle a cependant le défaut d'être difficile à réaliser à la suture et de nécessiter une certaine habileté de l'opérateur. Si nous voulons faire l'anastomose au bouton, nous avons encore plus de raisons de préférer cette technique à la latéro-latérale, à laquelle le bouton doit un certain nombre d'échecs dus comme nous l'avons déjà expliqué au sujet de l'intestin grêle, à la présence des culs-de-sac. La termino-latérale au bouton a l'avantage sur la suture d'être réalisée facilement et avec rapidité et donne d'excellents résultats.

La migration du bouton est d'ailleurs plus facile puisqu'il tombe immédiatement dans le côlon transverse ; il a donc moins de chances de donner lieu aux incidents dus à sa migration.

On emploiera toujours les boutons moyen modèle de Villard ou de Murphy. A. Gosset se sert systématiquement du bouton de Murphy.

Le bouton de Jaboulay sera réservé aux anastomoses iléo-coliques transverses palliatives latéro-latérales sans résection intestinale, lorsque l'état avancé

des lésions néoplasiques ne permet pas leur extirpation.

C) L'iléo-sigmoïdostomie et l'iléo-rectostomie

L'iléo-sigmoïdostomie a été préconisée en tant qu'opération palliative dans les occlusions siégeant sur les côlons transverse et descendant, ou dans le cancer du côlon droit lorsque celui-ci siège à l'angle hépatique et menace d'envahir la bouche d'iléo-transversostomie. Dans ces cas on fait une simple anastomose latéro-latérale au bouton de Jaboulay.

L'iléo-sigmoïdostomie termino-latérale après section de l'iléon réalise l'exclusion unilatérale du côlon comme premier temps d'une colectomie. Delore et Patel ont voulu l'utiliser comme premier temps de l'hémi-colectomie droite, pensant qu'elle éviterait le reflux des matières dans le côlon droit ; Lance et Druobert ont prouvé qu'il n'en était rien, et elle a en outre l'inconvénient de laisser, après la résection du côlon droit, un énorme cul-de-sac dont Pierre Duval a souligné les multiples dangers.

D'une façon générale, l'iléo-sigmoïdostomie est loin d'être une opération de choix et son emploi doit se limiter aux tumeurs du côlon transverse et du côlon descendant.

L'implantation de l'iléon dans le sigmoïde entraîne de graves inconvénients pour le malade ; il souffre, après cette intervention, d'une diarrhée continuelle, la résorption des liquides ne pouvant plus s'effectuer par suite de l'exclusion du gros intestin.

Cependant il est certain que l'iléo-sigmoïdostomie, quels que soient ses défauts, est préférable pour le malade à un anus caecal, et là encore nous conseillerons l'emploi du bouton de Villard ou de Murphy.

Pour la colectomie totale, Lardennois conseille de conserver le segment inférieur du caecum et de l'aboucher directement au sigmoïde (typhlo-sigmoïdostomie) : c'est la colectomie sous-caecale de Lardennois.

L'iléo-rectostomie, opération excessivement difficile et souvent irréalisable à la suture, trouve ses indications dans les cancers bas situés de l'anse sigmoïde et dans ceux du haut-rectum ; en effet Lardennois a décrit en 1899 une technique permettant d'aboucher l'iléon au rectum, au moyen de sa pince porte-bouton. La question a été reprise par Verrier (Thèse, 1907). Il s'agit d'établir l'anastomose au bouton de Villard, que Lardennois préfère à celui de Murphy. Il utilise un artifice, consistant à introduire, au moyen de sa pince porte-bouton, la pièce femelle dans le rectum ; un aide effectue cette manœuvre.

L'opérateur ponctionne la paroi antérieure du rectum sur le bouton qui fait saillie, maintenu par l'aide. La suture en bourse est inutile car l'ouverture a juste les dimensions de la cheminée de la pièce femelle. Il ne reste plus qu'à engréner celle-ci avec la pièce mâle placée sur l'iléon.

Verrier donne sept observations d'iléo-rectostomie réalisées par ce procédé, dont six avec succès opératoires. Dans l'une d'elles la méthode a été appliquée à l'iléo-sigmoïdostomie, l'opérateur faisant glisser le

bouton depuis le rectum jusque dans l'anse sigmoïde.

Yves Delagénère (Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1935) propose de réaliser l'iléo-sigmoïdostomie par sa méthode dite du bouton sonde ; une sonde en caoutchouc, traversant le bouton auquel elle est fixée et sortant par l'anus, évite l'obstruction de la bouche par les matières fécales. Voici brièvement la technique de sa mise en place (anastomose iléo-sygmoidienne termino-latérale) : une sonde en caoutchouc d'un mètre de long est introduite à frottement dans la partie mâle d'un bouton de Villard ; celle-ci est fixée à l'extrémité sectionnée de l'iléon par une suture en bourse, selon la méthode habituelle. La sonde pénètre dans l'iléon sur une longueur de huit centimètres et présente une ouverture latérale pour le passage des matières. Deux crins la fixent solidement au demi-bouton mâle. La pièce femelle est ensuite placée sur le sigmoïde et l'opérateur y introduit l'extrémité libre de la sonde qu'il pousse dans le rectum. Un aide muni d'une pince, sous le contrôle du doigt, l'abaisse vers l'anus et continue à la faire glisser au dehors jusqu'à ce que les deux demi-boutons viennent au contact l'un de l'autre. L'opérateur réalise alors l'engrènement. Pour terminer un crin pris dans la peau de l'anus fixe la sonde. Dans les jours qui suivent l'intervention, on fait des lavages pour faciliter le cours des matières. Le sixième jour on fait sauter le point qui fixe la sonde à l'anus et on attend son expulsion avec le bouton.

Delagénère présente dix cas opérés par cette méthode avec d'excellents résultats. Il termine ainsi son

article : « Cette méthode permet donc bien, en toutes
« circonstances, de ne jamais pratiquer en chirurgie
« côlique aucune suture anastomotique du côlon, su-
« ture qui semble constituer à l'heure actuelle le seul
« danger réel et malheureusement considérable de
« toute la chirurgie du côlon. »

D) *L'iléo-coloplastie*

Cette opération consiste à interposer une anse iléale sur le trajet du côlon. Si l'anse grêle est interposée entre le côlon et le rectum, ou même l'anus, l'opération est dite iléo-colo-rectoplastie.

Elle a pour but de rétablir la continuité intestinale après les résections coliques ou recto-coliques ; l'anse iléale est isolée et, munie de son mésentère, elle vient prendre la place du segment réséqué. Sa mise en place nécessite deux iléo-colostomies et une iléo-iléostomie qui rétablit la continuité de l'iléon. Il faut donc faire trois anastomoses.

Cette opération est, théoriquement du moins, excellente ; elle rétablit le transit normal et évite au malade l'infirmité de l'anus iliaque ou de l'iléo-sigmoïdostomie.

Jean Quénu en a fait une étude complète en 1933 (*Journal de Chirurgie*, page 14). Or, de 1910, date à laquelle l'iléo-coloplastie fut réalisée pour la première fois, à 1933, il n'a pu en réunir que six observations :

1° Cas de Vignolo (de Pise), 1910 ;

- 2° Cas de Fenwick (de Londres), 1911 ;
- 3° Cas de Pauchet, 1927 ;
- 4° Cas de Dimitriu (de Bucarest), 1927 ;
- 5° Cas de Stone (de Baltimore), 1928 ;
- 6° Cas de Jean Quénu, 1932.

C'est, qu'en effet, l'iléo-coloplastie présente des difficultés considérables et n'a guère tenté les chirurgiens.

Le malade de Dimitriu est mort le troisième jour de broncho-pneumonie, celui de Quinto Vignolo a fait très rapidement une métastase hépatique. Les quatre autres interventions ont donné des résultats satisfaisants.

Dans les six cas l'opération a toujours été préparée par un anus iliaque gauche ou droit.

L'iléo-coloplastie a été réalisée en un, deux ou trois temps.

Le cas de Fenwick est particulièrement intéressant puisqu'il a réuni les deux bouts de l'anse grêle aux deux bouts coliques au bouton de Murphy, après avoir fait son anastomose iléo-iléale à la suture.

Que penser de cet emploi simultané de deux boutons de Murphy ? Dans le cas particulier les choses se sont heureusement passées ; le bouton se justifiait pour terminer une opération ayant duré 1 h. 30, et il a sans doute sa part dans le succès final.

Mais nous croyons dangereux de placer ainsi l'un au-dessous de l'autre deux boutons. En effet, celui qui est en amont peut s'éliminer le premier et, arrêté par le second, il causera une occlusion fatale.

Donc, dans l'iléo-coloplastie, l'emploi d'un bouton peut se trouver indiqué. Nous le réserverons à une des deux anastomoses iléo-coliques, et de préférence à celle dont la réalisation par la suture est la plus difficile ; c'est le plus souvent l'inférieure, surtout si le cancer est bas situé et qu'on doive la faire iléo-rectale. Dans ce cas le procédé de la pince porte-bouton de Lardennois rendra de grands services.

III. — Les anastomoses colo-coliques au bouton

On peut faire des anastomoses latéro-latérales palliatives dans certaines occlusions localisées telles que les coudures ou les cancers de l'angle splénique qui peuvent être justiciables de la transverso-sigmoïdostomie.

On peut encore aboucher le fond du caecum au sigmoïde; cette typhlosigmoïdostomie serait, d'après Pierre Duval, préférable dans certains cas à l'iléo-sigmoïdostomie car, située en aval de la valvule de Bauhin, elle draine le côlon droit dans le rectum et soulage la fonction du côlon sans la supprimer.

Après résection d'un segment du gros intestin, on peut suturer les deux bouts l'un à l'autre s'ils se rapprochent suffisamment. On y arrive souvent sur le transverse et le sigmoïde grâce à leur méso. Citons encore la colectomie sous-caecale de Lardennois dont nous avons déjà fait mention et dans laquelle le temps préparatoire à la colectomie est réalisé par la sépa-

ration du caecum et du côlon ascendant avec suture des deux bouts, suivie d'une typhlo-sigmoïdostomie.

Enfin certains auteurs ont pu faire des anastomoses sigmoïdo-sigmoïdiennes, ou même sigmoïdo-rectales.

Que penser de l'emploi du bouton dans tous ces cas ? Disons de suite qu'il faut le déconseiller systématiquement car les matières fécales durcies viennent presque toujours obstruer sa lumière, causant une occlusion fatale. Les auteurs sont unanimes sur ce point et ne citons qu'un exemple concluant, les deux observations de Vogel (Deutsche Médiz. Wochens., 30 mars 1907) :

Ayant fait dans les deux cas une résection du sigmoïde, Vogel voulut rétablir la continuité au bouton de Murphy. Chaque fois il eut une occlusion suivie de perforation. Il explique cette dernière par le mécanisme suivant : du fait de l'accumulation des matières en amont, le bout supérieur a subi à son extrémité une distension considérable entraînant des troubles circulatoires et la perforation.

Nous avons cependant trouvé une observation contradictoire : A.-W. Meyer, de Charlottenbourg (Archiv für Klinische Chirurgie, juin 1932, page 130), après avoir réséqué l'anse sigmoïde gangrénée à la suite d'un volvulus put faire une anastomose termino-terminale au bouton de Murphy ; les résultats furent parfaits. Il s'agit probablement d'un cas exceptionnel.

Yves Delagénère insiste sur ce danger d'occlusion même dans l'iléo-sigmoïdostomie à l'occasion de la description de son bouton sonde en mars 1935.

Un mois plus tard, Lardennois critique vivement

la méthode de Delagénère, non dans son principe, mais dans son application : « Si je suis partisan pour
« l'iléo-sigmoïdostomie de l'anastomose au bouton,
« je ne crois pas, en dépit des dix belles observa-
« tions qui prouvent la dextérité et la maîtrise chi-
« rurgicale de notre collègue, que sa nouvelle mé-
« thode soit plus aisée, plus rapide et plus sûre que
« mon procédé de la pince porte-bouton.

« J'admettrais l'artifice de la longue sonde rectale
« pour une colo-colostomie, mais elle me paraît inu-
« tile à la suite d'une anastomose laissant écouler
« dans l'S iliaque le contenu parfaitement liquide
« de l'intestin grêle. Une sonde, pour être glissée ou
« enfoncée dans le côlon, doit être assez rigide, mais
« dans ce cas sa paroi épaisse diminue sensiblement
« la lumière laissée par le bouton. »

Lardennois reproche encore à Delagénère de placer son demi-bouton femelle sur le sigmoïde par la méthode classique avec une suture en bourse, au lieu d'utiliser sa méthode de la pince porte-bouton qui lui paraît plus satisfaisante et plus élégante.

Nous pourrions maintenant faire une restriction à ce que nous avons dit plus haut : si le bouton doit être rejeté pour les anastomoses colo-coliques, il conserve cependant une indication dans la sigmoïdo-rectostomie qui évitera au malade l'anus iliaque gauche après résection d'un cancer de l'étage inférieur de l'S iliaque ou du haut rectum, si l'exérèse ne descend pas plus bas que le cul-de-sac de Douglas. Cette anastomose évite également les inconvénients de l'iléo-sigmoïdostomie. Elle ne sera réalisable que si

le segment terminal de l'S iliaque, après résection, peut être abaissé jusqu'au contact du rectum sans tiraillements. On associera, à la méthode de Delagè-nière qui évite l'obstruction du bouton par des la-vages effectués dans la sonde, celle de Lardennois qui facilite la mise en place du demi-bouton femelle sur le rectum.

CHAPITRE IV

INDICATIONS DU BOUTON ANASTOMOTIQUE DANS LA CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

La cholécysto-duodénostomie et la cholécysto-gastrostomie ont été, dans quelques cas, réalisées au bouton.

Peut-être cela est-il possible sur une vésicule dilatée, mais l'indication est certainement exceptionnelle. Actuellement la méthode est abandonnée.

On trouve dans la littérature une vingtaine d'anastomoses ainsi réalisées aux débuts de la méthode de Murphy, avec deux morts opératoires. Sur ces vingt cas, huit appartenaient à Murphy.

Pauchet, dans une statistique de quarante-deux applications de boutons de Murphy, a fait avec succès une cholécysto-colostomie.

Mais, répétons-le, ce sont-là des cas d'exception, et le bouton ne nous paraît pas indiqué dans la chirurgie des voies biliaires qui est trop délicate, et pour laquelle une bonne suture est préférable.

OBSERVATIONS

Il nous a paru inutile de rapporter de façon détaillée toutes les observations banales d'application de boutons que nous avons recueillies. Elles ne présentent rien de particulier et nos recherches portant sur plusieurs années ne nous ont pas permis de constater d'accidents graves dus spécialement au bouton. Néanmoins, dans le nombre, nous avons trouvé quelques cas présentant divers points intéressants et méritant d'être cités ici. Nous les devons, pour la plupart, au service du Professeur Gaston Michel.

OBSERVATION I

M. Evr... Charles, 56 ans.

Le malade présente depuis le début de 1935 une constipation opiniâtre accompagnée de phénomènes douloureux irréguliers et discrets, avec alternatives de diarrhée. croyant avoir des hémorroïdes.

L'amaigrissement est rapide et considérable, sans pouvoir être précisé avec certitude (8 à 10 kilogs).

A la fin de 1935, il perd à plusieurs reprises du sang rouge par l'anus, mais ne s'inquiète pas outre-mesure,

Il consulte en février 1936 ; un lavement bismuthé montre un rétrécissement juste au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne et le diagnostic de néoplasme est posé.

Le 6 mars, on fait une laparotomie latérale gauche (incision d'Hartmann) dans l'intention de faire un anus iliaque gauche comme temps préparatoire à une opération d'Hartmann.

L'exploration montre une tumeur volumineuse siégeant à la partie inférieure du sigmoïde et empiétant légèrement sur le rectum ; mais une anse grêle, atteinte par le processus néoplasique lui est adhérente et il semble dangereux de la laisser ainsi de peur d'occlusion. On résèque entre deux clamps ces 10 centimètres de grêle, vers la partie moyenne de l'iléon ; pour rétablir la continuité, on fait une iléostomie termino-terminale au bouton de Murphy et on termine par l'anus iliaque gauche.

Les suites furent très simples et le bouton fut éliminé le quinzième jour.

Le 20 avril, l'état général du malade est amélioré et on entreprend le second temps. Après laparotomie médiane, on constate que la lésion a fait des progrès considérables vers le bas, et on renonce à l'exérèse abdomino-périnéale devant les difficultés et les risques immédiats qu'elle présente. On retrouve avec bien du mal l'anastomose iléo-ileale ; elle se traduit par une petite ligne blanche à peine visible, sans le moindre rétrécissement ; le résultat fonctionnel est parfait.

La seconde intervention fut bien supportée.

Le malade est décédé un an après, par suite de l'évolution de sa tumeur et de métastases abdominales.

OBSERVATION II

M. M... Félicien, 32 ans.

En mai 1936, il est hospitalisé dans un service de médecine interne où on le soigne pour une anémie sérieuse.

En juin apparaît une tuméfaction dans l'hypochondre droit ; elle envahit rapidement la fosse iliaque droite et s'accompagne d'une diarrhée fétide considérable. On pense alors à une tuberculose du côlon droit.

Il entre au service du Professeur Michel en juillet, avec une température élevée oscillant entre 38°5 et 39°5 ; on est frappé par son teint jaune.

On intervient le 11 juillet. Incision de Jalaguier longue. On trouve une masse volumineuse intéressant le caecum, le colon ascendant et l'angle droit et présentant de nombreuses adhérences épiploïques.

On implante l'extrémité de l'iléon au colon transverse par une anastomose termino-latérale au bouton de Murphy selon la technique de Gosset, réalisant en somme l'exclusion unilatérale du côlon droit.

Le bouton fut éliminé le douzième jour.

L'amélioration fut telle que la masse perceptible à la palpation s'atténua rapidement. L'augmentation de poids fut considérable et devant l'état général actuel excellent, on juge inutile de faire pour le moment l'hémi-colectomie droite.

Cette observation vient confirmer la doctrine de Bérard et Patel suivant laquelle il suffit souvent de mettre la lésion tuberculeuse au repos.

OBSERVATION III

M. C... Marcel, 29 ans.

Après un passé gastrique très discret, le malade fait un ulcère perforé du pylore le 31 août 1929. Il est opéré à la 12^e heure ; on fait une suture en bourse de la perforation, grosse comme une pièce de 50 centimes ; l'estomac est très dilaté, et considérant l'état de shock du malade, on lui fait une gastro-entérostomie complémentaire au bouton de Jaboulay.

Les suites furent normales, le bouton ne fut pas retrouvé, expulsé sans doute tardivement et sans que le malade s'en aperçoive.

En 1933, il recommence à souffrir, présentant des signes nets d'ulcus gastrique. Il suit un traitement médical jusqu'en 1937. En janvier, on lui fait un examen radiologique qui montre un ulcus de la petite courbure ; fait curieux, le cliché ne porte pas trace de l'ancienne bouche de gastro-entérostomie.

Le 5 février 1937, on réintervient. On constate la cicatrisation parfaite du premier ulcus suturé et un ulcus de la petite courbure légèrement adhérent au pancréas.

On trouve avec peine une adhérence de la première anse grêle à la face postérieure de l'estomac : la bouche de gastro-entérostomie est complètement oblitérée. On décide de faire une gastrectomie.

On sectionne entre deux clamps l'anse de la gastro-entérostomie primitive ; la différence de calibre des deux bouts ne permet pas de les réunir bout à bout ; on forme le bout afférent. On fait une gastrectomie subtotale de droite à gauche ; après fermeture de la tranche gastrique, on réalise l'implantation termino-latérale à la suture du jéjunum à la face postérieure de l'estomac (procédé de Kocher-Cunéo). Enfin on rétablit le transit duodénal par une anastomose duodéno-jéjunale latéro-latérale au bouton de Murphy petit modèle.

Les suites furent très simples et le bouton facilement éliminé le dix-neuvième jour.

L'état actuel du malade est excellent ; il ne souffre plus et on peut considérer sa guérison comme définitive.

OBSERVATION IV

M. B... Victor, 35 ans.

Opéré le 26 juin 1928 pour ulcère pylorique perforé, on lui fait, après suture, une gastro-entérostomie complémentaire au bouton de Jaboulay.

La guérison est rapide, le malade se porte bien pendant plusieurs années ; à partir de 1934, il souffre de nouveau de troubles dyspeptiques à tendance nettement hyperchlorhydrique.

En janvier 1937, il présente, pour la seconde fois, un syndrome de perforation aiguë. On constate après laparotomie une perforation itérative de l'ancien ulcère que l'on suture sans rien faire d'autre, le malade ayant une gastro-entérostomie antérieure ; il est décédé trois jours après de péritonite.

On constate, à l'autopsie, que la bouche de gastro-entérostomie faite en 1928 admettait à peine le passage d'un manche de porte-plume, et pratiquement ne fonctionnait plus.

Voilà donc deux observations qui viennent confirmer ce que nous avons dit au sujet du rétrécissement secondaire des bouches de gastro-entérostomie dans les ulcères perforés.

OBSERVATION V

M. Le T..., 46 ans.

Le malade présente un ulcère juxta-pylorique diagnostiqué cliniquement et radiologiquement, et confirmé à l'intervention le 26 octobre 1935. On fait une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique à la suture.

Pendant quelques jours les suites sont normales, puis le malade se met à présenter des vomissements de bile abondants. Il faiblit rapidement et, le 8 novembre, son état est alarmant ; le pouls est à peine comptable, faisant craindre une issue fatale proche. On pense naturellement à un *circulus viciosus* par sténose inflammation de la bouche. On rouvre la plaie ; l'état du malade ne permet aucune intervention de longue durée, et on fait rapidement une jéuno-jugunostomie complémentaire au bouton de Jaboulay.

Les vomissements bilieux cessent immédiatement, et l'état général est rapidement amélioré.

La guérison fut un peu retardée ; le bouton fut éliminé le seizième jour.

Quelques mois après, le malade a été revu ; son état est très satisfaisant et il ne souffre plus de son ulcère.

OBSERVATION VI

M. T... Emile, 67 ans.

Le malade vient consulter en janvier 1937 pour anorexie avec amaigrissement marqué ; il est très constipé. On sent dans l'hypochondre gauche une tuméfaction volumineuse ; étant donné son âge, on pense à un néoplasme.

Le 4 février, on intervient et on trouve un cancer inopérable de l'angle gauche du côlon. On fait alors une iléo-sigmoïdostomie termino-latérale au bouton de Murphy, selon la technique de Gosset.

L'intervention fut bien supportée et le bouton a été retrouvé dans les selles le septième jour.

Le malade, passagèrement amélioré, a survécu une année.

OBSERVATION VII

M^{me} K..., 54 ans.

Elle présente depuis 1935 un syndrome de sténose pylorique confirmé radiologiquement. On hésite entre un ulcère calleux et un néoplasme.

Le 11 mars 1937, on trouve à l'intervention un énorme cancer gros comme les deux poings intéressant le pylore et la face postérieure de l'estomac. La tumeur est adhérente au côlon transverse, rendant impossible la gastro-entérostomie postérieure. On la fait donc antérieure, marginale et précolique, à anse très longue, à la suture.

Pour éviter le *circulus viciosus*, on fait une anastomose latéro-latérale jéjuno-jéjunale au pied de l'anse,

au bouton de Murphy. Celui-ci fut éliminé le 21^e jour et les suites furent tout à fait normales.

Actuellement (quatre mois après), la malade vit encore et ne vomit plus.

OBSERVATION VIII

M^{me} X..., 71 ans.

Elle présente également un syndrome de sténose pylorique néoplasique évoluant rapidement depuis le début de 1937.

Elle est opérée en mai, se trouvant dans un état de déshydratation et de démitrition considérables, en un mot cachectique.

On lui fait une gastro-entérostomie au bouton de Villard. L'intervention fut bien supportée, et depuis deux mois l'anasmose fonctionne parfaitement.

OBSERVATION IX

M. M..., 44 ans.

Il présente depuis le mois de février 1935 des phénomènes douloureux de la fosse iliaque considérés d'abord comme psychopathiques.

Ces coliques abdominales redoublent d'intensité et en avril 1936, le malade fait un syndrome abdominal aigu avec douleurs intenses à droite, température à 39°, et un plastron dans la fosse iliaque droite.

Le médecin traitant pense, à juste titre, à une appendicite aiguë, met de la glace et fait du vaccin intestinal Ronchèse ; il arrive à refroidir l'accès aigu, mais la température se maintient à 37°6 le soir ; après un mois, il n'y a pas d'amélioration ; les douleurs persistent, et le cas semble suspect. Or, le malade a fait une pleurésie dans sa jeunesse, et il présente une pachypleurite de la

base gauche. On pense à une tuberculose iléo-caecale et on essaye la chaleur pendant quinze jours. Enfin le 2 mai, devant l'inutilité de tout traitement médical, on se décide à intervenir. On fait une incision de Jalaguier longue et on trouve une tumeur iléo-caecale avec une réaction inflammatoire épiploïque intense. On décide de faire une hémicolectomie droite selon la technique de Gosset, en deux temps.

On fait donc une iléo-transversostomie termino-latérale au bouton de Murphy.

Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier, sinon une légère obstruction ayant nécessité quelques lavements de sérum salé hypertonique. Le bouton fut rendu le douzième jour.

Le 22 mai, on fait le deuxième temps, l'hémicolectomie droite de haut en bas selon la technique de Gosset.

L'examen anatomo-pathologique de la lésion (Professeur Hoche) montra qu'il s'agissait d'une lympho-sarconu du caecum.

Les suites opératoires furent banales. L'état général fut rapidement amélioré, mais le malade mourut au bout d'un an de récidives malgré la radiothérapie.

OBSERVATION X

M^{me} D..., 72 ans.

Elle souffre de constipation chronique opiniâtre avec meloena, amaigrissement et coliques abdominales diffuses. Le diagnostic de néoplasme du côlon droit est posé radiologiquement.

Le 24 mars 1936, on lui fait, en un premier temps, une iléo-transversostomie termino-latérale au bouton de Murphy. Les suites furent très simples et le bouton fut rendu le huitième jour.

Le 2 mai, on lui fait l'hémicolectomie droite avec succès.

Elle a été revue le 4 mars 1937. Son état général est excellent et il n'y a rien à signaler localement.

OBSERVATION XI

M. F..., 43 ans.

Le malade présente un syndrome de sténose pylorique ancienne. Il est réformé à 30 % pour troubles digestifs. Il pèse 55 kilogs.

Le 14 janvier 1935, on trouve à l'intervention un ulcère cicatriciel sténosant du pylore et on lui fait une gastro-entérostomie à la suture. Il est très amélioré et le 22 février il pèse 65 kilogs. Il consulte à nouveau le 22 mai 1937 ; son poids est stationnaire, mais il se plaint de malaises digestifs avec état vertigineux. Une radiographie montre alors une grosse poche gastrique et une sténose manifeste de la bouche.

Cette observation a été citée en dernier lieu pour montrer que, si le bouton peut donner lieu à des rétrécissements tardifs des l'anastomose, il peut aussi en être de même, plus rarement sans doute, avec la suture.

CONCLUSIONS

Les boutons anastomotiques ne doivent pas être l'objet d'un emploi ou d'un rejet systématique. Il faut savoir, en chirurgie gastro-intestinale comme en bien d'autres circonstances, être éclectique et poser avec précision les indications respectives du bouton et de la suture. Il faut encore savoir faire un choix judicieux entre les différents boutons suivant les circonstances.

Notre but a été de fournir quelques indications au chirurgien après en avoir tiré les conclusions qui nous semblaient logiques.

Nous terminerons en faisant, entre la chirurgie gastrique et la chirurgie intestinale, une opposition peut-être un peu trop schématique, mais destinée à jeter plus de clarté dans les esprits.

1° Le bouton présente une indication de choix en chirurgie intestinale, avec certaines restrictions que nous avons formulées.

L'application la plus satisfaisante aux anastomoses de l'intestin grêle est la termino-terminale, et l'im-

plantation iléo-colique pour le gros intestin, avec les boutons de Murphy ou de Villard.

2° Le bouton en chirurgie gastrique n'a que des indications d'opportunité. Si, en pareil cas, la suture est souvent supérieure au bouton, si c'est une intervention plus anatomique, plus satisfaisante parce qu'elle donne une bouche plus large, il faut savoir la rejeter dans les circonstances où la vie du malade est en jeu, où il faut aller vite.

Le bouton, loin de remplacer la suture comme on a voulu le dire, est avant tout un procédé de nécessité, d'urgence, en chirurgie gastrique, mais nous pensons qu'il doit être conservé car souvent encore il rendra de précieux services au malade et au chirurgien, à condition que la simplicité de sa mise en place ne fasse pas négliger une technique précise.

Nancy, le 5 Juillet 1937.

Le Président de Thèse,

BINET.

Vu et approuvé :

Nancy, le 5 Juillet 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 6 Juillet 1937.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE. — Résultat éloigné d'une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay pour ulcère du pyllore. *Lyon Chirurgical*, 1922, page 78.
- A propos de la gastro-entérostomie complémentaire dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Lyon Chirurgical*, 1921, p. 114.
- Mécanisme du circulus viciosus après la gastro-entérostomie antérieure. *Lyon Chirurgical*, 1921, p. 267.
- ALAMARTINE et DUNET. — La gastro-entérostomie complémentaire dans les interventions pour ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Revue de Chirurgie*, 1921, p. 114.
- AUBOURG. — Bouton de Jaboulay persistant libre dans la cavité stomacale trois ans après la gastro-entérostomie. *Société de Radiol. Méd.*, nov. 1913.
- AUDOIN. — L'anastomose déclive dans la gastro-entérostomie postérieure est-elle logique ? *Presse Médicale*, 13 février 1926, p. 199.
- BÉRARD. — Gastro-entéro-anastomose pour ulcère de l'estomac. *Société de Chirurgie de Lyon*, 21 mai 1908.
- BUCKLER M. — Anatomische untersuchungen über die Beziehungen Zwischen der senilen und der

myopischen circumpapillaren Aderbrantatrophie unter Beifugung eines Falles von hochgradiger anisometropie. *Arch. f. ophth.*, 1928, p. 121-243-283.

COLEY (B.-L.). — Strangulated femoral hernia enterotomy ; later entéro anastomosis with Murphy button. *American Journal Surgery*, March 1928.

CHAPUT. — Recherches sur l'emploi du bouton de Murphy. *Société de Chirurgie*, 1894-95.

— Objections contre le bouton de Murphy. *Revue de Chir.*, 1893.

— Description d'un nouveau bouton. *Presse Médicale*, 1895.

— Valeur du bouton de Murphy. *Bull. et Mém. Société des Chirurgiens de Paris*, 1895, p. 549.

— Cholecystentérostomie au bouton de Murphy. Le bouton anastomotique et le tire-bouton de M. Hagopoff. *Gazette des Hôpitaux*, 1896, p. 126 et 654.

DARTIGUES. — Gastrectomie et jéguno-jéjunostomie complémentaire à la Pauchet par le bouton de Murphy. Non élimination de ce dernier et accidents d'occlusion interne dix-huit mois après. — Extirpation. — Guérison. *Bull. et Mém. Société des Chirurgiens de Paris*, 1927, p. 117.

DELORE. — Rétrécissement inflammatoire d'un orifice de gastro-entérostomie postérieure au bouton. *Lyon Chirurgical*, 1926, p. 591.

DELORE et CONVERT. — L'ulcère peptique du jéjunum consécutif à la gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*, 1920, p. 26.

DELORE et GAUDIN. — Rétention d'un bouton de Jaboulay dans l'orifice de la gastro-entérostomie. *Société Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 26-3-1924.

DELORE et GUILLEMINOT. — De la valeur de la gastrectomie en deux temps. *Revue de Chirurgie*, 1920.

- DELORE, MALLET, GUY et VACHEZ. — De la résection des ulcères adhérents de la petite courbure.
- DELORE, MICHON et POLLOSSON. — A propos du traitement des ulcères perforés de l'estomac en péritoine libre. *Presse Médicale*, sept. 1924, p. 204.
- DELORE, MICHON et POLLOSSON. — La gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay-Lumière. Technique, indication, accidents. *Journal de Chirurgie*, 1924, T. XXIII, p. 478.
- DELORE et MONNIER. — L'insuffisance de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcus gastro-duodénal. *Presse Médicale*, janv. 1931, n° 9, p. 148.
- DELAGÉNIÈRE Henri. — De l'anastomose iléo-rectale pour éviter l'anus iliaque... Deux observations suivies de guérison. *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1905, p. 903.
- DELAGÉNIÈRE Yves. — L'iléo-sigmoïdostomie par la méthode du bouton-sonde. *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1935, p. 372.
- FENWICH (W.-S.). — Transplantation of a segment of small intestine to repair the resected sigmoïd flexure. *British Medical Journal*, 7 oct. 1911.
- FORGUE. — *Revue de Chirurgie*, oct. 1932.
- FORGUE, ROUX et PAGÈS. — Cancer du Côlon ascendant avec abcès rétro-colique. Iléo-sigmoïdostomie au bouton. *Bull. Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 1921-22, p. 270.
- FOUILHOX. — Les appareils d'approximation en chirurgie intestinale. Thèse, Lyon, 1901.
- GAYET. — Valeur du bouton de Jaboulay dans le traitement du cancer de l'estomac. *Lyon Médical*, 1903, p. 916.
- Le traitement du cancer de l'estomac par le bouton de Jaboulay-Lumière. *Revue de Chirurgie*, 1904, p. 9 et 472.

- 100 cas de tumeurs du pylore traités par la gastro-entérostomie au bouton. *Revue de Chirurgie*, 1904.
- GORDE. — Le bouton de Murphy dans la gangrène herniaire. Thèse, Montpellier, 1896.
- GOSSET A. — L'ulcère peptique du jéjunum. *Presse Médicale*, 1906, p. 525.
- GOSSET Jean. — Le cancer du côlon droit. Thèse, Paris, 1933.
- GUIBÉ et QUÉNU. — *Précis de technique opératoire*, 1926, p. 131.
- HUGUIER. — Indications actuelles de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères de l'estomac et ses complications. *Paris Chirurgical*, 1920, p. 15.
- Comment il faut opérer les ulcères de l'estomac. *Journal des Praticiens*, 6 nov. 1920.
- HUGUIER et RIGOLLOT-SIMONNOT. — La gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. *Presse Médicale*, 15 octobre 1913, n° 84.
- JABOULAY. — Description initiale et étude du bouton de Jaboulay. *Archives provinciales de Chirurgie*, T. IX, p. 609.
- Statistique de gastro-entérostomie au bouton qui tient en place sans sutures. *Lyon Chirurgical*, 1910, p. 605.
- Rétrécissement et oblitération des orifices de communication après les anastomoses viscérales. *Chirurgie des Centres nerveux des viscères et des membres*, 1902, p. 352.
- JORDAN. — Sur l'emploi du bouton de Murphy à la clinique de Czerny (Heidelberg). *Revue de Chirurgie*, 1898, p. 1.111.
- LALLEMENT. — Indications et nouvelles techniques dans l'utilisation des boutons anastomotiques. Thèse, Nancy, 1934.
- LANOS J. — Technique de la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. *Paris Chirurgical*, nov. 1928, p. 193.

LARDENNOIS. — Traitement chirurgical du cancer du gros intestin, 1899.

— De l'anastomose entéro-rectale. *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, avril 1899.

— Des indications de l'entéro-rectostomie par le procédé dit de la pince porte-bouton dans la chirurgie du côlon pelvien, 1923.

— L'iléo-sigmoïdostomie par le procédé de la pince porte-bouton. *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1935, p. 514.

— Expériences sur un nouveau procédé d'anastomose. *Bull. Soc. d'Anatomie*, mars 1899.

LEWISOHN. — Destruction of Murphy button retained in stomach for seven years. *Soc. Chir. North America*, June 1927.

LAGOUTTE. — Des perforations brusques de l'ulcère duodénal en péritoine libre.

LERICHE. — Oblitération d'une bouche de gastro-entérostomie faite pour une pseudo-tumeur pylorique d'origine ulcéreuse. Disparition de la tumeur et apparition d'une nouvelle sténose probablement cicatricielle. *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 18 février 1919.

— Technique opératoire de la pyloro-gastrectomie pour cancer. *Rev. de Chirurgie*, 1906, p. 111.

LERICHE et BRESSOT. — L'exclusion du pylore et l'exclusion du duodénum. *Lyon Chirurgical*, 1911, p. 413.

LÆWY. — Les fistules jéjuno-coliques par ulcère perforé après gastro-entérostomie. Thèse, Paris, 1921.

S. MAGE. — Stenosis of gastro-jejunal stoma caused by retention of Murphy button. *Ann. Surg.*, sept. 1936, p. 476.

DE MARTEL. — Emploi d'un bouton mixte en chirurgie gastro-intestinale. *Société de Chirurgie de Paris*, décembre 1922.

- MARWEDEL (Heidelberg). — Compte rendu des Travaux du 26^e Congrès allemand de Chirurgie. *Revue de Chirurgie de Paris*, 1898, p. 161.
- MEYER. — Résection de l'S iliaque avec emploi du bouton de Murphy. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1932, p. 130.
- MONOD et VANVERTS. — *Précis de technique opératoire*, T. II, p. 131. Boutons Anastomotiques.
- OLLIVIER. — 66 gastrectomies pour cancer (Travail du service Gouilloud). *Presse Médicale*, 1921, p. 657.
- PAPIN. — Le bouton de Jaboulay en Chirurgie de guerre. *Presse Médicale*, 17 mai 1917.
- PATEL. — Au sujet d'une observation adressée par Barbier, de Dijon. *Lyon Chirurgical*, T. XXII, p. 863.
- Le bouton anastomotique Jaboulay en chirurgie de guerre. *Presse Médicale*, 1917, p. 272.
 - Anastomoses viscérales au bouton de Jaboulay, *Lyon Chirurgical*, 1914, p. 350.
- PAUCHET. — *Pratique chirurgicale illustrée*. Fasc. X, 1927, p. 149.
- Gastro-jéjunostomie après gastrectomie. *Presse Médicale*, mai 1924, p. 413.
 - Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. *Congrès Français de Chirurgie*, 1910, p. 46.
 - Les boutons anastomotiques. *Bull. Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1927, T. XIX, p. 139.
 - Des indications du bouton de Murphy dans la chirurgie gastro-intestinale. *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1903, p. 372.
- PERRIN. — La cholécysto-gastrostomie dans l'occlusion supposée complète et directement irrémédiable du cholédoque. Thèse, Lyon, 1902.
- PLA Joseph. — De l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy modifié par Villard dans la hernie étranglée. Thèse, Lyon, 1895.

- POLLOSSON. — A propos des accidents du bouton de Jaboulay-Lumière dans la gastro-entéro-anastomose antérieure. *Lyon Chirurgical*, juin 1937, p. 340.
- PETIT. — Rétention du bouton de Jaboulay dans la gastro-entérostomie. *Bull. Off. Soc. Méd. des Praticiens*, nov. 1928.
- PECK (New-York). — Séjour pendant trois ans d'un bouton de Murphy dans un diverticule de Meckel, *Annals of Surgery*, 1909. *Presse Médicale*, 21 avril 1909.
- POUILIQUEN. — La gastro-entérostomie au bouton mixte de Jaboulay-Villard. *Bull. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1922, T. XLVIII, p. 1378.
- PRAT. — La chirurgie gastro-intestinale et les boutons anastomotiques semi-plastiques. *Gazette Méd. de France*, 15 nov. 1930.
- QUEINNEC. — Le bouton de Jaboulay en chirurgie gastrique. Thèse, Paris, 1927.
- QUÉNU Jean. — L'iléo-coloplastie. *Journal de Chirurgie*, 1933, p. 14.
- RADOIÉWITCH. — Du meilleur traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. *Rev. de Chirurgie*, 1921, p. 161.
- Thèse, Bordeaux, 1924.
- RICARD. — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. *Congrès Fr. de Chirurgie*, 1910, p. 461.
- RIVIÈRE. — De la valeur de la gastro-entérostomie et de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac. Thèse, Lyon, 1906.
- RECLUS. — A propos du bouton de Murphy. *Bull. Académie de Médecine*, 1895.
- ROTHAN. — Les perforations gastro-duodénales en péritoine libre. Thèse, Nancy, 1937.
- TERRIER et BEAUDOIN. — La suture intestinale, 1898.

- TIXIER et ARNULF. — Accident mortel consécutif à l'arrêt dans l'S iliaque d'un bouton anastomotique de gastro-entéro-anastomose. *Lyon Chirurgical*, juin 1937, p. 356.
- TOURNEUX et de BRIX. — Accidents dus à un bouton anastomotique après gastro-entérostomie. *Toulouse Médical*, 1934, p. 599.
- TOURNEUX et GOUZI — Persistance d'un bouton de Jaboulay au niveau d'une gastro-entéro-anastomose. *Toulouse Médical*, sept. 1933.
- ULRICH. — De la gastro-pyloréctomie et duodéno-pyloréctomie immédiates dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.
- VERRIER. — L'anastomose entéro-rectale. Thèse, Paris, 1907.
- VILLARD. — Recherches sur les entérectomies par la méthode de Murphy. *Lyon Médical*, 1894.
- De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 1895, p. 137-149-163.
 - Discussion sur la valeur du bouton anastomotique dans la chirurgie gastrique. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, mai 1902.
 - De la valeur des boutons anastomotiques dans la chirurgie de l'estomac. *Lyon Médical*, 1903, p. 1003.
 - Valeur et indications des boutons anastomotiques. *Lyon Chirurgical*, juin 1937, p. 916.
- VOGEL. — Sur l'emploi du bouton de Murphy dans les anastomoses portant sur le gros intestin. *Deutsche Mediz. Wochens.*, 30 mars 1907.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	9
CHAPITRE I. — LES BOUTONS ANASTOMOTIQUES.....	13
<i>Le bouton de Murphy</i>	13
<i>Modifications apportées au bouton de Murphy.</i>	
<i>Le bouton de Villard</i>	16
<i>Le bouton de Jaboulay-Lumière</i>	18
<i>Les avantages des anastomoses au bouton sur</i>	
<i>la suture</i>	20
<i>Les inconvénients des boutons anastomotiques.</i>	23
CHAPITRE II. — INDICATIONS DU BOUTON ANASTOMOTI-	
QUE EN CHIRURGIE GASTRIQUE	35
<i>Ulcères perforés</i>	35
<i>Cancers gastriques</i>	41
<i>Autres indications</i>	47

	Pages
CHAPITRE III. — INDICATIONS DU BOUTON ANASTOMOTIQUE EN CHIRURGIE INTESTINALE	49
<i>Les anastomoses iléo-iléales au bouton</i>	50
<i>Les anastomoses iléo-coliques au bouton</i>	54
A) Les exclusions de l'intestin	57
B) L'iléo-transversostomie	58
C) L'iléo-sigmoïdostomie et l'iléo-rectostomie	60
D) L'iléo-coloplastie	63
<i>Les anastomoses colo-coliques au bouton</i>	65
CHAPITRE IV. — INDICATIONS DU BOUTON ANASTOMOTIQUE DANS LA CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES	70
OBSERVATIONS	71
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83

IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, Rue de Malzéville, Nancy
